RMTC
Relevé des maladies transmissibles au Canada

ISSN 1188-4169

Volume : 35S2 novembre 2009

Supplément

Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale

Résultats d'une consultation provinciale territoriale (PT)

Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections
Division des infections d'origine hydrique, alimentaire et zoonotique
Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses
Laboratoire national de microbiologie
Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

Ce document a été publié en 2009.

La mise à jour se fera sur une base de cas par cas.
Pour chaque définition du cas, la date de la dernière mise à jour sera indiquée à la fin de la définition du cas

Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

Citation suggérée :
Agence de la santé publique du Canada.
Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale

RMTC 2009

Il est aussi possible d'accéder à cette publication électroniquement par Internet à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, 2009

Définitions nosologiques des maladies transmissibles faisant l'objet d'une surveillance nationale

2009

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS 1

REMERCIEMENTS 3

INTRODUCTION 5

MALADIES ENTÉRIQUES ET MALADIES D'ORIGINE ALIMENTAIRE ET HYDRIQUE 9
- Botulisme 10
- Campylobactériose 13
- Choléra 14
- Cryptosporidiose 16
- Cyclosporiase 17
- Giardiase 19
- Hépatite A 20
- Listériose invasive 22
- Infection à norovirus 23
- Intoxication à la phycotoxine paralysante 24
- Salmonellose 25
- Shigellose 27
- Fièvre typhoïde 29
- Infection à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine 30

MALADIES TRANSMISES PAR VOIES RESPIRATOIRES 31
- Syndrome pulmonaire à hantavirus 32
- Infection invasive à streptocoques du groupe A 33
- Infection invasive à méningocoque 35
- Infection invasive à streptococcus pneumoniae (pneumocoque) 37
- Influenza confirmée en laboratoire 39
- Légionellose 41
- Lèpre 43
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) 45
- Tuberculose 48

INFECTIONS NOSOCOMIALES ET TRANSMISES PAR CONTACT DIRECT 50
- Diarrhée associée au *Clostridium difficile* 51
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ) 52
- Infection invasive à streptocoques du groupe B chez le nouveau né 58

MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION SYSTÉMATIQUE **60**
- Paralysie flasque aiguë (PFA) 61
- Poliomyélite 63
- Varicelle 66
- Diphtérie 68
- Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotypes b (Hib) 70
- Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotypes non b 72
- Hépatite B 74
- Rougeole 76
- Oreillons 79
- Coqueluche 81
- Rubéole 83
- Syndrome de rubéole congénitale (SRC) 86
- Tétanos 89

INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG **90**
- Syndrome d'immunodéficience acquise 91
- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) 93
- Chlamydiose (infection à *Chlamydia trachomatis*) 95
- Gonorrhée 97
- Hépatite C 99
- Syphilis, toutes catégories 101

INFECTIONS À TRANSMISSION VECTORIELLE ET AUTRES ZOONOSES **104**
- Charbon 105
- Brucellose 106
- Paludisme 108
- Peste 110
- Rage 112
- Tularémie 114
- Infection par le virus du Nil occidental 116
- Fièvre jaune 123
- Maladie de Lyme 125

MALADIES POUVANT ÊTRE CAUSÉES PAR DES AGENTS DE BIOTERRORISME **128**
- Variole 129
- Fièvre hémorragique virale 131
  - *de Crimée-Congo*
  - *Ebola*
  - *de Lassa*
  - *de Marburg*
  - *de la vallée du Rift*

Liste d'abréviations

Ac	Anticorps
Ac anti HBc	Anticorps contre la nucléocapside du virus de l'hépatite B
ADN	Acide désoxyribonucléique
Ag	Antigène
AgHBs	Antigène de surface du virus de l'hépatite B
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ARN	Acide ribonucléique
BAR	Bacille acido résistant
BCG	Bacille Calmette-Guérin
CAP	*College of American Pathologists*
CDC	*Centers for Disease Control and Prevention*
ECP	Effet cytopathique
EEG	Électroencéphalogramme
EIA	*Enzyme immunoassay* (technique immunoenzymatique)
FHV	Fièvre hémorragique virale
Hib	*Haemophilus influenzae* de type b
IAVNO	Infection asymptomatique par le virus du Nil occidental
ICT	Immunochromatographie
IF	Immunofluorescence
IFD	Immunofluorescence directe
IFF	Insomnie fatale familiale
IFI	Immunofluorescence indirecte
IgG	Immunoglobuline G
IgM	Immunoglobuline M
IRC	Infection rubéoleuse congénitale
LCR	Liquide céphalorachidien
LNM	Laboratoire national de microbiologie
LNSRV	Laboratoire national, Services de référence sur le VIH
LSP	Laboratoire de santé publique
LBA	Lavage bronchoalvéolaire
MCJc	Maladie de Creutzfeldt-Jakob, forme classique
MCJi	Maladie de Creutzfeldt-Jakob, forme iatrogénique
MCJs	Maladie de Creutzfeldt-Jakob, forme sporadique
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
ME	Microscopie électronique
MI	Méningococcie invasive

PCR	*Polymerase chain reaction* (amplification par la polymérase)
PCSP	Programme canadien de surveillance pédiatrique
PFA	Paralysie flasque aiguë
PFGE	*Pulse Field Gel Electrophoresis* (électrophorèse en champ pulsé)
PIU	Plan d'intervention d'urgence
PRN	*Plaque reduction neutralization* (neutralisation par réduction des plages)
PrP	Protéine prion
PTT	Purpura thrombopénique thrombotique
RLSPC	Réseau des laboratoires de santé publique du Canada
RRO	Rougeole, rubéole, oreillons
RT-PCR	*Reverse-transcriptase polymerase chain reaction* (amplification par la polymérase avec transcription inverse)
SAF	*Scrapie associated fibrils* (fibrilles associées à la tremblante)
SDRA	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
SG	Syndrome grippal
SGOT	*Serum glutamic oxaloacetic transaminase* (transaminase glutamique oxalo acétique sérique)
SGPT	*Serum glutamate pyruvate transaminase* (transaminase glutamique pyruvique sérique)
SGSS	Syndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SNNVNO	Syndrome non neurologique au virus du Nil occidental
SNVNO	Syndrome neurologique au virus du Nil occidental
SRC	Syndrome de rubéole congénitale
SS-MCJ	Système de surveillance de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
TAN	Test de détection des acides nucléiques, entre autres les tests d'amplification des acides nucléiques
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale
VCMC	Vérification de la compétence en microbiologie clinique
VDRL	*Venereal Disease Research Laboratory* (test sur lame)
VHA	Virus de l'hépatite A
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	*Virus de l'immunodéficience humaine*
vMCJ	Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
VNO	Virus du Nil occidental
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VTEC	*Escherichia coli* producteur de vérotoxine
VVZ	Virus varicelle zona

1 L'USPPI est définie comme un événement extraordinaire qui présente un risque pour la santé publique dans d'autres États par suite de la propagation de la maladie à l'échelle internationale et qui peut nécessiter une intervention internationale coordonnée.

Remerciements

Nous tenons à souligner la contribution de toutes les personnes qui ont participé aux discussions techniques et à l'élaboration du présent document. Nous voulons remercier en particulier les personnes et organisations suivantes :

Sous-comité de normalisation des pratiques de laboratoire du RLSPC	
Coprésidents :	
Sam Ratnam	Newfoundland Public Health Laboratory
Graham Tipples	Laboratoire national de microbiologie, ASPC
Membres :	
Leanne DeWinter	Secrétariat du RLSPC, ASPC
Niki Vegh-Yarema	Secrétariat du RLSPC, ASPC
Frances Jamieson	Laboratoire central de santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario
Robert Pless	Surveillance des maladies transmissibles, ASPC
John Saldanha	Systèmes moléculaires Roche, Inc.
Greg Tyrrell	Alberta Provincial Laboratory for Public Health
Paul van Caeseele	Laboratoire provincial Cadham
CPHLN Secretariat	
Cathy Jorowski	Secrétariat du RLSPC, ASPC
Theodore Kuschak	Secrétariat du RLSPC, ASPC
Leslee Shuttleworth	Secrétariat du RLSPC, ASPC

Agence de la santé publique du Canada (ASPC)			
Chris Archibald	Margaret Bodie-Collins	Derek Schoulten	Heinz Feldmann
Kukuh Noertjojo	David Boulos	Victor Gallant	Steven Jones
Denise Gravel	Jenni Vik	Christine Weir	Mohamed Karmali
Jennifer Pennock	Tom Wong	Jacob Stegenga	John Kim
Nadia Ciampa	Hong-Xing Wu	Maureen Perin	Robbin Lindsay
Jeanette Macey	Gayatri Jayaraman	Anton Andonov	Lai-King Ng
Maritia Gully	Shirley Paton	Harvey Artsob	Raymond Tsang
Maria Koulouris	Nicholas Ogden	Kathy Bernard	Jean Wilson
Rhonda Kropp	Jane Njihia	Tim Booth	Joyce Wolfe
Adam Medaglia	Carolyn Pim	Peter Buck	Neil Simonsen
Jennifer Geduld	Andrea Nesbitt	Mike Coulthart	
Louise Pelletier	Christine Navaro	Mike Drebot	

Autres Experts	
John Austin	Bureau des dangers microbiens, Santé Canada
Max Chernesky	Département de pathologie et de médecine moléculaire, Université McMaster
Bruce Ciebin	Laboratoire central de santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario
Judy Isaac-Renton	BC Centre for Disease Control
Susan Richardson	Division de microbiologie, Hôpital pour enfants malades
Peter Tilley	Alberta Provincial Laboratory for Public Health
Alex Wandeler	Agence canadienne d'inspection des aliments
Brian Ward	Division des maladies infectieuses, Centre universitaire de santé McGill
Lindy Samson	Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
Jack Forbes	Oak Tree Clinic, Children and Women's Health Centre of BC

Collaborateurs provinciaux aux enquêtes du LSP	
Lewis Abbott	PEI Provincial Health Services Authority
Kevin Forward	Division of Microbiology, Nova Scotia Capital Health
G.J. Hardy	Microbiologie médicale et maladies infectieuses, Hôpital Régional de Saint-John
Greg Horsman	Saskatchewan Health Provincial Laboratory
Judy Isaac-Renton	BC Centre for Disease Control
Frances Jamieson	Laboratoire central de santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario
Jean Joly	Laboratoire de santé publique du Québec
Jutta Preiksaitis	Provincial Laboratory for Public Health (Microbiology), Alberta
Sam Ratnam	Newfoundland Public Health Laboratory
Paul Van Caeseele	Laboratoire provincial Cadham
Micheline Fauvel	Laboratoire De Santé Publique du Québec, Institut National de Santé Publique De Québec
Carol Swantee	Laboratoire central de santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario

Introduction

Le document présent vise à fournir des définitions nosologiques à jour pour les maladies transmissibles qui font l'objet d'une surveillance nationale et dont la déclaration à l'échelle nationale a été rendue obligatoire à la suite d'un accord mutuel entre les autorités sanitaires fédérales, provinciales et territoriales. Il convient de souligner que la déclaration des cas de certaines maladies aux autorités sanitaires provinciales et territoriales est obligatoire en vertu des lois provinciales et territoriales respectives et que la notification à l'échelle fédérale est volontaire et découle d'un consensus. La liste des maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale a été révisée et publiée en 2006 (1,2); à noter qu'on a convenu depuis d'ajouter à cette liste l'infection invasive à *Haemophilus influenzae* de types non b, en plus de l'infection à *Haemophilus influenzae* de type b.

La mise à jour des définitions nosologiques est le fruit d'un long processus, au cours duquel des représentants fédéraux et provinciaux de même que des experts dans le domaine se sont penchés entre autres sur les aspects biologiques, cliniques et épidémiologiques des maladies. Pour les aspects épidémiologiques et cliniques des définitions nosologiques, des commentaires ont été sollicités dans le cadre d'une consultation fédérale provinciale territoriale entreprise et coordonnée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Centre des maladies infectieuses d'origine alimentaire, environnementale et zoonotique et Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses) avec l'approbation du Groupe d'experts en contrôle des maladies transmissibles du Réseau pancanadien de santé publique.

Quant aux aspects biologiques (laboratoire), nous avons sollicité les commentaires et l'approbation du Sous comité de normalisation des pratiques de laboratoire du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada (RLSPC), qui est un groupe d'experts du Réseau pancanadien de santé publique et est issu de la collaboration entre le Laboratoire national de microbiologie de l'ASPC et les laboratoires provinciaux de santé publique. Les critères de laboratoire pour la confirmation des cas se fondent sur les dernières lignes directrices nationales et internationales, une revue des publications ainsi que les techniques et pratiques des laboratoires de diagnostic. Ces critères comprennent en général divers marqueurs qui varient selon la gamme de techniques employées actuellement dans les laboratoires de diagnostic, l'accès à des trousses de détection commerciales et maison et les pratiques et connaissances actuelles en laboratoire au Canada. Avant leur introduction, tous les tests utilisés pour détecter et confirmer des maladies transmissibles conformément aux définitions nosologiques devraient faire l'objet d'une validation normalisée visant à garantir leur exactitude et leur reproductibilité. D'autres renseignements sur les questions relatives aux tests de laboratoire, notamment les données biologiques supplémentaires pour confirmer les cas de maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, peuvent être obtenus au Laboratoire national de microbiologie ou du RLSPC.

Objectifs de la déclaration des maladies à des fins de surveillance nationale

1. Faciliter le contrôle des maladies faisant l'objet d'une surveillance en déterminant :

   a. les taux d'incidence actuels et les tendances afin d'aider à établir des objectifs réalistes en ce qui concerne la prévention et le contrôle des maladies et l'évaluation des programmes établis à cette fin;

   b. les profils épidémiologiques et les facteurs de risque associés à la maladie afin de contribuer à l'élaboration de stratégies d'intervention;

c. la survenue d'éclosions, afin d'enquêter rapidement et mettre en place des moyens de contrôle.

2. Fournir l'information sur les profils de risque et les tendances associés aux maladies transmissibles dont ont besoin le gouvernement (en particulier les programmes de réglementation), les professionnels de la santé, les organisations bénévoles et la population.

Caractéristiques du programme

Si l'on décide qu'une maladie doit faire l'objet d'une surveillance, cette surveillance ou le programme de notification doivent alors respecter les critères suivants :

a. usage d'une définition nosologique uniforme d'un bout à l'autre du Canada;

b. collecte de données épidémiologiques suffisantes et pertinentes sur chaque cas afin d'atteindre les objectifs du programme;

c. communication rapide de ces données par les organismes locaux aux organismes provinciaux et nationaux afin qu'elles soient analysées (les renseignements d'identification personnelle doivent être supprimés avant la communication des données au niveau fédéral);

d. utilisation de ces données pour améliorer les programmes de lutte et définir des objectifs réalistes afin de réduire le nombre de cas évitables;

e. aluation périodique de l'efficacité et de la rentabilité du système de surveillance ainsi que des progrès réalisés dans la lutte contre les maladies.

Il est évident que la mise en œuvre intégrale de ces mesures ne se fera pas au même rythme dans toutes les provinces et tous les territoires.

Déclaration des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale

Avant 1990, chaque province ou territoire avait ses propres définitions nosologiques, ce qui rendait les comparaisons difficiles, voire impossibles. En mars 1991, le gouvernement fédéral, de concert avec les épidémiologistes provinciaux et territoriaux, a publié des définitions nosologiques spécifiques pour chaque maladie faisant l'objet d'une surveillance nationale. Pour la première fois, ces définitions fournissaient des critères normalisés aux fins de la déclaration des cas au système de surveillance nationale. Une deuxième édition des définitions nosologiques révisées a été publiée en 2000 (3). Nous présentons maintenant la troisième édition; dans l'avenir, cependant, le document sera mis à jour au cas par cas en fonction des besoins plutôt qu'en bloc et les révisions futures seront affichées sur le site Web de l'ASPC à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/index-fra.php

La plupart du temps, seuls les cas confirmés sont déclarés à l'échelle fédérale (au Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire du Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (ASPC). Les situations où les cas probables, possibles ou suspects doivent être signalés sont indiquées dans les définitions nosologiques pour les maladies en question. Un ensemble de critères cliniques, biologiques et épidémiologiques est utilisé pour classer un cas confirmé. Certaines définitions de cas englobent une brève description clinique, mais cette description vise à classer les cas et ne devrait pas être utilisée pour le diagnostic clinique. Une description des cas probable, possible et suspect peut également être fournie pour aider les autorités sanitaires locales à s'acquitter de leur

mandat en santé publique, comme l'enquête sur une éclosion et la recherche des contacts. Le médecin qui pose le diagnostic clinique d'une maladie à déclaration obligatoire signale le cas, avec ou sans confirmation du laboratoire, aux autorités sanitaires locales. Avant de déclarer officiellement le cas, celles ci doivent déterminer s'il correspond à la définition nosologique établie aux fins de la surveillance. S'il subsiste des doutes parce que les données sont incomplètes ou encore que les résultats ne sont pas concluants, le cas peut être déclaré comme cas probable, possible ou suspect, mais si la classification du cas change par la suite parce que de nouvelles données sont disponibles, ce changement doit être apporté dans le système de déclaration pour ne pas que le cas soit compté en double.

Variables essentielles

Les autorités fédérales, provinciales et territoriales ont déjà convenu d'un ensemble de données épidémiologiques essentielles qui doivent être soumises pour chaque cas déclaré : province, maladie, âge, sexe, statut du cas (confirmé, probable, possible ou suspect), date de l'épisode, code d'identification de l'épisode et indicateur géographique. Pour certaines maladies, on a en outre convenu de fournir une série additionnelle de variables (« ensemble minimal de données »).

Communication des données sur chaque cas

Il a été convenu antérieurement que les déclarations devraient être faites au cas par cas ou sous forme de liste linéaire où chaque cas est déclaré individuellement et accompagné des variables essentielles. Toutefois, dans certaines provinces ou certains territoires, le passage des données agrégées aux données sur les cas individuels n'est pas encore terminé. Tous les renseignements déclarés à l'échelle fédérale sont non nominatifs.

Protocoles pour la déclaration interprovinciale/interterritoriale des maladies

- C'est habituellement la province ou le territoire où la maladie est diagnostiquée qui déclare le cas ou qui s'assure que la maladie est déclarée par une autorité quelconque.

- La province ou le territoire où le diagnostic est posé informe la province ou le territoire de résidence du cas de toute mesure de santé publique (p. ex. prise en charge des contacts, source d'identifications, etc.) qui doit être prise dans la province ou le territoire de résidence.

- Lorsque des cas qui résident dans une province sont diagnostiqués ailleurs (par exemple dans les villes frontalières), ce qui fait augmenter de façon significative le taux d'incidence dans l'autre province, les deux provinces peuvent conclure une entente particulière aux termes de laquelle la province qui diagnostique cette maladie particulière ne dénombre pas les cas, mais les signale plutôt à la province de résidence, qui procédera au dénombrement nécessaire.

- Les cas qui déménagent d'une province à l'autre pendant qu'ils font toujours l'objet d'une surveillance pour une maladie à déclaration obligatoire ne sont pas comptabilisés à nouveau dans leur nouvelle province.

Analyse et diffusion des données à l'échelle nationale

L'ASPC publiera des sommaires de surveillance annuels. Des données provisoires pour les périodes de déclaration les plus récentes continueront d'être publiées tous les trimestres dans le *Relevé des maladies transmissibles au Canada*. L'incidence des maladies et les taux d'infection seront affichés sur

le site Web de l'ASPC sous la rubrique Maladies à déclaration obligatoire en direct et seront accessibles à l'adresse suivante : http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/index_f.html

Références

1. Doherty J-A. *Rapport final et recommandations du Groupe de travail national sur les maladies à déclaration obligatoire.* RMTC 2006;32(19):211-25.

2. Anon, *Erratum: Rapport final et recommandations du Groupe de travail national sur les maladies à déclaration obligatoire.* RMTC 2008;34:24-5.

3. Adnon. *Définition de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale.* RMTC 2000;26(S3).

Maladies entériques et maladies d'origine alimentaire et hydrique

- Botulisme
- Campylobactériose
- Choléra
- Cryptosporidiose
- Cyclosporiase
- Giardiase
- Hépatite A
- Listériose invasive
- Infection à norovirus
- Intoxication à la phycotoxine paralysante
- Salmonellose
- Shigellose
- Typhoïde
- Infection à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine

Botulisme

À déclaration obligatoire nationale depuis : 1933, de 1940 jusqu'à nos jours

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Pour qu'un cas soit considéré comme confirmé, il faut que les résultats de laboratoire soient concluants et qu'il y ait des manifestations cliniques; **dans le cas du botulisme alimentaire**, en plus des manifestations cliniques, il faut que la personne ait consommé le même aliment suspect que le cas de botulisme confirmé en laboratoire.

Botulisme d'origine alimentaire (soit 1 ou 2)

1) Confirmation en laboratoire de l'intoxication et manifestations cliniques :

   détection de la toxine botulinique dans le sérum, les selles, le liquide d'aspiration gastrique ou l'aliment suspect
   OU
   isolement de *Clostridium botulinum* dans les selles ou le liquide d'aspiration gastrique

2) Manifestations cliniques et indication que la personne a consommé le même aliment suspect qu'un cas de botulisme confirmé en laboratoire.

Botulisme par inoculation (ou par blessure)

Confirmation en laboratoire de l'infection :
détection de *C. botulinum* dans le sérum
OU
isolement de *C. botulinum* dans une plaie
ET
présence d'une plaie récemment infectée au cours des 2 semaines précédant l'apparition des symptômes et absence apparente d'exposition à des aliments contaminés par *C. botulinum*

Botulisme infantile

Confirmation en laboratoire et présence de symptômes évocateurs du botulisme chez une personne âgée de moins de 1 an :

détection de la toxine botulinique dans les selles ou le sérum
OU
isolement de *C. botulinum* dans les selles du patient ou lors de l'autopsie

Botulisme par colonisation

Confirmation en laboratoire et manifestations cliniques compatibles avec le botulisme chez un patient âgé de 1 an ou plus qui présente des troubles graves de la fonction gastro intestinale dus à diverses maladies comme la colite, la dérivation intestinale ou à d'autres maladies qui peuvent entraîner une perturbation locale ou générale de la flore intestinale normale :

détection de la toxine botulinique dans les selles ou le sérum
OU
isolement de *C. botulinum* dans les selles du patient ou lors de l'autopsie

Botulisme

À déclaration obligatoire nationale depuis : 1933, de 1940 jusqu'à nos jours

3.2 Cas probable

Botulisme d'origine alimentaire
Manifestations cliniques et consommation d'un aliment suspect durant la période d'incubation (12-48 heures).

4.0 Laboratoire — Commentaires

4.1 Confirmation en laboratoire (tiré du document du RLSPC)

Un des critères suivants est nécessaire à l'identification d'un cas de botulisme :

Détection de la toxine botulinique, avec ou sans culture

Isolement de *C. botulinum*

4.2 Tests approuvés/validés

Culture standard de *C. botulinum* avec mise en évidence de la neurotoxine

Recherche de la neurotoxine de *C. botulinum* au moyen d'un test biologique sur souris

4.3 Indications et limites

Dans le botulisme par inoculation et d'origine alimentaire, la neurotoxine de *C. botulinum* peut ne pas être détectable dans le sérum. Si l'antitoxine est administrée avant le prélèvement de sang, le résultat du test sera négatif.

Bien que certaines souches de *C. botulinum* de type C puissent ne pas produire de neurotoxine, deux autres espèces du genre, *C. baratii* et *C. butyricum*, pourraient produire la neurotoxine.

Sans détection de la toxine par un test biologique sur souris, la culture est inutile. Il est impossible de distinguer *C. botulinum* du groupe I de *C. sporogenes* sans ce test.

Les isolats ou les échantillons cliniques devraient être transmis au Service de référence pour le botulisme au Canada ou au British Columbia Centre for Disease Control.

Le test EIA de détection de la toxine botulinique n'est pas aussi sensible que le test biologique sur souris et ne devrait pas remplacer ce dernier pour la détection de la neurotoxine dans des échantillons cliniques; l'EIA pourrait cependant être utilisé pour détecter la production de neurotoxine dans des cultures.

5.0 Manifestations cliniques

Botulisme d'origine alimentaire : La maladie clinique se caractérise par une vision trouble, une sécheresse de la bouche et une difficulté à avaler et à parler. Une paralysie descendante et symétrique peut survenir et progresser rapidement, nécessitant souvent une assistance respiratoire.

Botulisme par inoculation : La maladie clinique se caractérise par une diplopie, une vision trouble et une atteinte bulbaire. La paralysie symétrique peut progresser rapidement.

Botulisme infantile : La maladie clinique chez les nourrissons se caractérise par la constipation, le manque d'appétit, la faiblesse, une altération des pleurs et une perte du contrôle de la tête.

Botulisme

À déclaration obligatoire nationale depuis : 1933, de 1940 jusqu'à nos jours

6.0 Code(s) de la CIM

Code(s) de la CIM 10

A05.1 Botulisme. (Intoxication alimentaire classique à *Clostridium botulinum*)

Code(s) de la CIM 9/CIM-9-MC

005.1 Botulisme

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclarable à l'OMS en vertu du *Règlement sanitaire international*.

8.0 Commentaires

La survenue d'un seul cas est considérée comme une éclosion.

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Protocole en cours d'élaboration (DIHAZ)

CDC Notifiable Disease Case Definitions
Taillac P.P, Kim J. CBRNE-Botulism Dernière mise à jour en juin 2006. Affiché à l'adresse : http://www.emedicine.com/emerg/topic64.htm

Date de la dernière révision : novembre 2008

Campylobactériose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1986

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans symptômes :

- isolement de *Campylobacter* dans un échantillon clinique approprié

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche est indiquée à des fins épidémiologiques, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par la diarrhée, des douleurs abdominales, un malaise, de la fièvre, des nausées ou des vomissements

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM 10

A04.5 Entérite à *Campylobacter*

6.2 Code(s) de la CIM 9/CIM-9-MC

008.43 Infection à *Campylobacter*

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier :
mai 2008

Choléra

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1999

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie et confirmation en laboratoire de l'infection par isolement, dans les vomissements ou les selles, du sérotype O1 ou O139 de *Vibrio cholerae* produisant la toxine cholérique

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche ainsi qu'un antibiogramme sont indiqués à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

Le choléra se caractérise par une diarrhée aqueuse aiguë et/ou des vomissements. La gravité de la maladie peut varier.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM 10

A00.0

6.2 Code(s) de la CIM 9

001.0

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration obligatoire à l'OMS si la maladie constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

8.0 Commentaires

Pour que la déclaration de cas soit très spécifique, l'OMS limite la définition de cas de choléra aux personnes âgées de 5 ans ou plus.

Les maladies causées par des souches de *V. cholerae* autres que les sérotypes O1 ou O139 toxicogènes ne devraient pas être déclarées comme des cas de choléra.

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC, 2000, 26(S3).

Choléra

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1999

Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 1997. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance.* Consulté le 29 mai 2008, à l'adresse : http://www.cdc.gov/ncphi/disss/nndss/casedef/cholera_current.htm

Communicable Diseases Network Australia. 2004. *Interim surveillance case definitions for the Australian National Notifiable Diseases Surveillance System.* Version 1.1. p. 10. Consulté le 29 mai 2008, à l'adresse : http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/cda_surveil-nndss-dislist.htm#casedefs

Organisation mondiale de la santé. Département des maladies transmissibles – Surveillance et action (juin 2000). *Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance*, 2e ed. WHO/CDS/CSR/ISR/99.2. Consulté le 29 mai 2008, à l'adresse : www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_ISR_92.2_pp.1-100-fre.pdf

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008.

Cryptosporidiose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection symptomatique ou non symptomatique à partir d'un échantillon clinique approprié (p. ex. selles, liquide intestinal ou biopsie de l'intestin grêle) :

- mise en évidence d'oocystes de *Cryptosporidium*

OU

- détection de l'ADN de *Cryptosporidium*

OU

- mise en évidence d'antigènes de *Cryptosporidium* au moyen d'une méthode approuvée (p. ex. EIA, immunochromatographie [ICT])

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

Bien que *Cryptosporidium parvum* et *Cryptosporidium hominis* soient les principales causes de cryptosporidiose, d'autres espèces connues sont à l'origine de maladies diarrhéiques chez les sujets immunodéprimés.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une diarrhée (souvent profuse et aqueuse), des crampes abdominales, une anorexie, de la fièvre, des nausées, un malaise général et des vomissements.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A07.2 Cryptosporidiose

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

007.4 Cryptosporidiose

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Cyclosporiase

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection chez une personne présentant ou non la maladie clinique :

- mise en évidence d'oocystes de *Cyclospora cayetanensis* dans les selles, le liquide d'aspiration duodénal/jéjunal ou dans une biopsie de l'intestin grêle

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne :

- qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé parce qu'elle a consommé le même aliment ou a été exposée à un aliment qui a été manipulé par un cas confirmé

OU

- qui a voyagé dans une zone où la cyclosporiase est endémique

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une diarrhée aqueuse, une anorexie, une perte de poids, des ballonnements et des crampes abdominales, une augmentation des flatuosités, ainsi que des nausées, de la fatigue et une fièvre. Des vomissements peuvent également être observés. Les rechutes et les infections asymptomatiques sont possibles. Certaines données semblent indiquer que les symptômes peuvent être plus graves et persister plus longtemps chez les sujets immunodéprimés.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A07.8 Autres maladies intestinales précisées à protozoaires (comprend l'infection à *Cyclospora cayetanensis*)

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

007.5 Cyclosporiase

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

La maladie n'est pas endémique au Canada; lors de l'enquête, les cas devraient donc être considérés comme fort probablement associés à des aliments importés ou à des voyages.

Cyclosporiase

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

9.0 Références

Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 1997. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.cdc.gov/ncphi/disss/nndss/casedef/cyclosporiasis_current.htm

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Giardiase

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1983

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection symptomatique ou non symptomatique à partir d'échantillons de selles, de liquide duodénal ou d'une biopsie de l'intestin grêle :

- mise en évidence de *Giardia lamblia*

OU

- mise en évidence d'antigènes de *Giardia lamblia*

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une diarrhée, des crampes abdominales, des ballonnements, une perte de poids, de la fatigue ou une malabsorption.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A07.1 Giardiase (lambliase)

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

007.1 Giardiase

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Hépatite A

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale : entre 1927 et 1958, de 1969 jusqu'à nos jours

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection en l'absence de vaccination récente :

- détection d'anticorps immunoglobulines M (IgM) dirigés contre le virus de l'hépatite A (anti VHA)

ET

- maladie clinique aiguë (voir la section 5.0)

OU

- lien épidémiologique avec une personne atteinte d'une infection par le virus de l'hépatite A confirmée en laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique aiguë chez une personne dont l'infection n'a pas été confirmée en laboratoire et qui a un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

Les résultats positifs pour IgM anti-VHA peuvent parfois indiquer une ancienne infection, car les IgM anti VHA peuvent demeurer détectables des années après une infection aiguë, ou ne pas avoir disparu après une infection récente. Une infection aiguë/récente devrait être confirmée par la présence de manifestations cliniques et en répétant le titrage 7 à 10 jours plus tard.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique aiguë se caractérise par l'apparition discrète de symptômes, notamment d'une fièvre, d'un malaise, d'une anorexie, de nausées et de douleurs abdominales, et par un ictère ou des taux élevés de transaminases sériques dans les jours qui suivent.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B15.0 Hépatite A avec coma hépatique
B15.9 Hépatite A sans coma hépatique [Hépatite A (aiguë)(virale) sans autre indication (SAI)]

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

070.0 Hépatite A virale avec coma hépatique
070.1 Hépatite A virale sans mention de coma hépatique

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

Hépatite A

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale : entre 1927 et 1958, de 1969 jusqu'à nos jours

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Listériose invasive

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2007

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Présence de symptômes et confirmation en laboratoire de l'infection:

- isolement de *Listeria monocytogenes* dans un site normalement stérile (p. ex. sang, liquide céphalorachidien [LCR] ou liquide articulaire, pleural ou péricardique)

OU

- dans le cadre d'un avortement spontané ou d'une mortinaissance, isolement de *L. monocytogenes* dans le tissu placentaire ou fœtal (incluant le liquide amniotique et le méconium)

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique invasive se caractérise par une méningite ou une bactériémie. L'infection durant la grossesse peut entraîner la mort fœtale par avortement spontané, mortinaissance, méningite néonatale ou bactériémie.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A32 Listériose (*comprend* l'infection à *Listeria monocytogenes* d'origine alimentaire; *à l'exclusion* de la listériose néonatale (disséminée) (P37.2)

A32.1 Méningite et méningo encéphalite listériennes (méningite (G01); méningo encéphalite (GG05.0) –listérienne)

A32.7 Septicémie listérienne

A32.8 Autres formes de listériose (artérite cérébrale (I68.1); endocardite (I39.8) – listériennes; listériose oculoglandulaire)

A32.9 Listériose, sans précision

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

027.0 Listériose (à l'exclusion de la listériose congénitale (771.2))

Infection à *Listeria monocytogenes*

Septicémie à *Listeria monocytogenes*

Utilisation d'un code additionnel pour identifier des manifestations, comme la méningite (320.7)

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection à Norovirus

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2007

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seules les éclosions devraient être déclarées.

2.0 Type de surveillance

Rapports d'éclosion

3.0 Classification du cas – Éclosion

3.1 Éclosion confirmée

Deux cas ou plus de maladie clinique compatible avec une infection à norovirus qui sont liés épidémiologiquement (c. à d. associés de par leur exposition avec un début de maladie en dedans de 1 à 3 jours), au moins un d'entre eux étant confirmé en laboratoire :

Éclosion communautaire :
Deux cas non apparentés ou plus de maladie compatible avec une infection à norovirus qui peuvent être liés épidémiologiquement entre eux

Éclosion dans un établissement :
Deux cas ou plus de maladie clinique compatible avec une infection à norovirus qui ont des liens épidémiologiques à l'intérieur d'un établissement

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par l'apparition abrupte de nausées, de vomissements, d'une diarrhée, de douleurs abdominales, de myalgies, de céphalées, d'un malaise, de fièvre ou d'une combinaison de ces symptômes, pendant une période de 24 à 48 heures.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A08.1 Gastro entéropathie aiguë à l'agent de Norwalk

Entérite à petit virus rond structuré

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

008.63 Entérite au virus de Norwalk

Entérite à un agent de type Norwalk

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : novembre 2008

* Ne partagent pas un même logement (les établissements étant exclus).

Intoxication due à la phycotoxine paralysante

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2007

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique et :

- détection d'une saxitoxine dans des mollusques ingérés liés épidémiologiquement

OU

- détection de fortes concentrations de dinoflagellés associées à la présence de toxines dans des plans d'eau où des mollusques épidémiologiquement liés ont été récoltés

3.2 Cas probable

Maladie clinique dans les 12 heures suivant la consommation de mollusques bivalves (p. ex. huîtres, myes, moules)

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par des symptômes neurologiques tels qu'une paresthésie ou une paralysie impliquant la cavité buccale et les extrémités, qui peuvent être accompagnés de symptômes gastro intestinaux.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

T61 Effets toxiques de substances nocives absorbées par le biais de fruits de mer

T61.2 Autres intoxications par ingestion de poissons et de coquillages

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

988 Effets toxiques de substances nocives ingérées avec des aliments

988.0 Poissons et coquillages

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Salmonellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1958

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans maladie clinique :

- isolement de *Salmonella* sp. (à l'exclusion de *Salmonella typhi*) dans un échantillon clinique approprié (p. ex. site stérile, plaies profondes, selles, vomissements ou urine)

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus précise de la souche (p. ex. sérotypage, lisotypie, typage par PFGE) est indiquée à des fins épidémiologiques, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par des céphalées, de la diarrhée, des douleurs abdominales, des nausées, une fièvre et parfois des vomissements.

L'infection peut être asymptomatique, et le microorganisme peut causer des infections extra intestinales.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A01.1 Fièvre paratyphoïde A
A01.2 Fièvre paratyphoïde B
A01.3 Fièvre paratyphoïde C
A01.4 Fièvre paratyphoïde, sans précision
Infection à *Salmonella paratyphi* sans autre précision (SAP)
A02 Autres salmonelloses (sauf à *S. typhi* ou *S. paratyphi*)
A02.0 Entérite à *Salmonella* Salmonellose
A02.1 Septicémie à *Salmonella*
A02.2 Infection localisée à *Salmonella*
A02.8 Autres infections précisées à *Salmonella*
A02.9 Salmonellose, sans précision

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

002.1 Fièvre paratyphoïde A
002.2 Fièvre paratyphoïde B
002.3 Fièvre paratyphoïde C
002.4 Fièvre paratyphoïde, sans précision
003 Autres salmonelloses (sauf à *S. typhi* ou *S. paratyphi*)
003.0 Gastro-entérite à *Salmonella* Salmonellose
003.1 Septicémie à *Salmonella*
003.2 Infection localisée à *Salmonella*
003.8 Autres infections précisées à *Salmonella*
003.9 Infection à *Salmonella*, sans précision

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Salmonellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1958

8.0 Commentaires

Cette rubrique comprend l'infection à *S. paratyphi* (fièvre paratyphoïde).

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Shigellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans maladie clinique :

- isolement de *Shigella* sp. dans un échantillon clinique approprié (p. ex. site stérile, plaies profondes, selles, vomissements ou urine)

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche (p. ex. étude de la pharmacorésistance, sérotypage, typage par PFGE) est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une diarrhée, de la fièvre, des nausées, des vomissements, des crampes et un ténesme. L'infection peut être asymptomatique.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A03 Shigellose
A03.0 Shigellose à *Shigella dysenteriae* (infection à *Shigella* du groupe A)
A03.1 Shigellose à *Shigella flexneri* (infection à Shigella du groupe B)
A03.2 Shigellose à *Shigella boydii* (infection à *Shigella* du groupe C)
A03.3 Shigellose à *Shigella sonnei* (infection à *Shigella* du groupe D)
A03.8 Autres shigelloses
A03.9 Shigellose, sans précision (dysenterie bacillaire sans autre précision (SAP))

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

004 Shigellose (comprend la dysenterie bacillaire)
004.0 *Shigella dysenteriae*
Infection à *Shigella* du groupe A (Schmitz-Stutzer) (Shiga)
004.1 *Shigella flexneri*
Infection à *Shigella* du groupe B
004.2 *Shigella boydii*
Infection à *Shigella* du groupe C
004.3 *Shigella sonnei*
Infection à *Shigella* du groupe D
004.8 Autres infections à *Shigella*
004.9 Shigellose, sans précision

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la

Shigellose
À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Fièvre typhoïde

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924-1952, 1969

1.0 Déclaration à l'échelle nationale:

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Salmonella typhi* dans un échantillon clinique approprié

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche est requise à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La fièvre typhoïde se caractérise par l'apparition insidieuse d'une fièvre soutenue, de céphalée, de malaise, d'anorexie, de splénomégalie, de constipation ou de diarrhée et d'une toux non productive. Une bradycardie relative et des taches rosées (chez moins de 25 % des sujets) peuvent être observées. Les manifestations peuvent être atypiques, et la gravité de la maladie varie.

L'état de porteur chronique (< 5 % de la population) se fait habituellement au niveau des voies biliaires ou urinaires et devrait être distingué du porteur fécal de courte durée.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A01.0 Fièvre typhoïde

6.2 Codes de la CIM-9

002.0 Fièvre typhoïde

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les cas de fièvre paratyphoïde à *Salmonella paratyphi* A, B, et C sont déclarés avec les cas de salmonellose.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3), 55.

Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 1997. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance.* Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.cdc.gov/ncphi/disss/nndss/casedef/typhoid_fever_current.htm.

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection à *Escherichia coli* producteur de vérotoxine

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1990

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire avec ou sans maladie clinique :

- isolement d'*E. coli* producteur de vérotoxine dans un échantillon clinique approprié (p. ex. selles, urine, sang)

OU

- ection d'antigènes ou d'acides nucléiques de la vérotoxine

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé, y compris les personnes souffrant d'un syndrome hémolytique urémique (SHU)

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche, notamment par lysotypie et typage moléculaire (p. ex. typage par PFGE), est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une diarrhée sanguinolente et des crampes abdominales; la fièvre est souvent absente. La maladie peut être compliquée par SHU, un purpura thrombopénique thrombotique (PTT) ou un œdème pulmonaire. L'infection peut être asymptomatique, et le microorganisme peut causer des infections extra intestinales.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A04.3 Infection entéro hémorragique à *Escherichia coli* (comprend ECPV)

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

008.04 Infection entéro hémorragique à *Escherichia coli* (comprend ECPV)

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

ECPV englobe les sérotypes d'*E. Coli* autres que O157.

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladies transmises par voies respiratoires

- Syndrome pulmonaire à hantavirus
- Infection invasive à streptocoques du groupe A
- Infection invasive à méningocoques
- Infection invasive à streptococcus pneumoniae (pneumocoque)
- Influenza confirmée en laboratoire (incluant les nouvelles souches)
- Légionellose
- Lèpre
- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)
- Tuberculose

Syndrome pulmonaire à hantavirus

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection d'anticorps IgM dirigés contre le hantavirus

OU

- détection d'une augmentation d'au moins quatre fois du titre d'anticorps IgG dirigés contre le hantavirus

OU

- détection de l'ARN du hantavirus dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection d'antigènes du hantavirus par immunohistochimie

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par :

- une maladie fébrile (température buccale > 38,3 °C (101 °F)) nécessitant une oxygénothérapie

ET

- des infiltrats diffus bilatéraux (qui peuvent faire penser à un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA))

ET

- une apparition dans les 72 heures suivant l'hospitalisation chez une personne auparavant en santé

OU

Maladie mortelle inexpliquée avec œdème pulmonaire non cardiogénique révélé à l'autopsie, sans cause particulière identifiable de décès

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 CIM-10

B33.4 Hantavirus syndrome pulmonaire

6.2 CIM-9-MC

079.81 Hantavirus

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentairess

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection invasive à streptocoques du groupe A

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2002

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

Déclaration rehaussée de chaque cas au système de Surveillance internationale circumpolaire dans les régions nordiques participantes.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans manifestations cliniques d'infection invasive :

- isolement du streptocoque du groupe A (*Streptococcus pyogenes*) d'un site normalement stérile (sang, LCR, liquide pleural, liquide péricardique, liquide péritonéal, échantillon de tissu profond prélevé durant une intervention chirurgicale [p. ex. muscle prélevé lors du débridement dans les cas de fasciite nécrosante], os ou liquide articulaire, à l'exclusion du liquide d'aspiration de l'oreille moyenne et d'une plaie superficielle [p. ex. abcès de la peau et des tissus mous]).

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques d'une infection invasive (voir la section 5.0) en l'absence d'une autre cause établie et résultat de laboratoire positif à une épreuve autre qu'un test de confirmation :

- isolement du streptocoque du groupe A dans un site non stérile

OU

- détection d'antigènes du streptocoque du groupe A

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Les manifestations cliniques d'une infection invasive peuvent se présenter de différentes façons, notamment :

- choc toxique streptococcique, qui se caractérise par une hypotension (pression systolique ≤ 90 mm Hg chez les adultes et < 5^{e} percentile pour l'âge chez les enfants) et au moins deux des signes suivants :
  - o insuffisance rénale (taux de créatinine ≥ 177 µmol/L chez les adultes)
  - o coagulopathie (nombre de plaquettes ≤ 100 000/mm^{3} ou coagulation intravasculaire disséminée)
  - o altération de la fonction hépatique (SGOT, SGPT, ou bilirubine totale ≥ 2 x la limite supérieure des valeurs normales)
  - o syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (SDRA)
  - o éruption maculaire érythémateuse généralisée qui peut desquamer
- nécrose des tissus mous, y compris fasciite nécrosante, myosite ou gangrène
- méningite

Infection invasive à streptocoques du groupe A

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2002

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A40.0 Septicémie à streptocoques du groupe A
A49.1 Infection à streptocoques, sans précision
B95.0 Streptocoques du groupe A avec maladies classées ailleurs, p. ex. :
A48.3 Choc toxique
O85 Septicémie puerpérale
M72.6 Fasciite nécrosante
M00 Arthrites à bactéries pyogènes
G00.2 Méningite à streptocoques

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

038.0 Septicémie à streptocoques du groupe A
041.01 Infection à streptocoques du groupe A dans un site non précisé et dans des maladies classées ailleurs, p. ex. :
040.82 Choc toxique
670 Infection puerpérale grave
728.86 Fasciite nécrosante
711.0 Arthrites à bactéries pyogènes
320.2 Méningite à streptocoques

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Tout cas de pneumonie où on a isolé le streptocoque du groupe A (SGA) d'un site stérile ou dans le liquide de lavage bronchoalvéolaire (LBA) devrait être considéré, en l'absence d'autres causes identifiables, comme une forme d'infection invasive aux fins de la gestion de la santé publique; toutefois, comme le LBA ne permet pas d'obtenir un échantillon d'un site stérile, un cas détecté par LBA ne respecterait pas la définition de cas pour la surveillance nationale et ne devrait pas être déclaré.

Les définitions de cas de l'infection invasive à streptocoque du groupe A fournies dans le présent document ont été élaborées aux fins de la surveillance. Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche des cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale. On trouvera les définitions de cas (sporadique, index, subséquent, grave), ainsi que la définition des contacts étroits et des éclosions destinées à la gestion de la santé publique dans les *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe* (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s2/index_fra.php).

9.0 Références

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices pour la prévention et le contrôle de la maladie invasive due au streptocoque du groupe A.* RMTC 2006, 32(S2), 1 26.

10.0 Définitions de cas antérieures

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000, 26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Méningococcie invasive

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les cas *confirmés* et les cas *probables* de la maladie doivent être déclarés depuis le 1er janvier 2006.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

Déclaration rehaussée de chaque cas au Centre de l'immunisation et des maladies respiratoires infectieuses.

Déclaration rehaussée de chaque cas au système de Surveillance internationale circumpolaire dans les régions nordiques participantes.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de l'infection invasive (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Neisseria meningitidis* d'un site normalement stérile (sang, LCR, liquide articulaire, pleural ou péricardique)

OU

- mise en évidence de l'ADN de *N. meningitidis* par un test dûment validé d'amplification des acides nucléiques (TAN) d'un site normalement stérile

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques d'infection invasive avec purpura fulminans ou pétéchies en l'absence d'une autre cause apparente, et résultat de laboratoire positif à une épreuve autre qu'un test de confirmation :

- détection d'antigènes de *N. meningitidis* dans le LCR

4.0 Laboratoire — Commentaires

Le test de détection d'antigènes dans des échantillons d'urine et de sérum n'est pas un outil fiable pour diagnostiquer une infection à méningocoques.

5.0 Manifestations cliniques

L'infection invasive à méningocoques se manifeste habituellement par une méningite et/ou une septicémie, bien que d'autres manifestations puissent être observées (p. ex. cellulite orbitaire, arthrite septique). L'infection invasive peut évoluer rapidement vers des pétéchies ou un purpura fulminans, un état de choc et la mort.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A39 Infections à méningocoques

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

036 Infections à méningocoques

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration obligatoire en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005) si la maladie constitue une urgence de santé publique.

Méningococcie invasive

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

8.0 Commentaires

Chaque province et territoire établira un processus de validation de son TAN.

Les définitions de cas de l'infection invasive à méningocoques fournies dans le présent document doivent être utilisées pour la surveillance régulière et rehaussée. Les définitions de cas (sporadique, index, subséquent) ainsi que la définition des contacts étroits et des éclosions au sein d'une organisation et dans la communauté servant à la gestion de la santé publique sont présentées dans les *Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques* (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05vol31/31s1/index_f.html).

9.0 Références

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices pour la prévention et la lutte contre les atteintes méningococciques*, RMTC 2005, 31(S1): 1-20.

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada,1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection invasive à streptocococcus pneumoniae (pneumocoque)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

Déclaration rehaussée de chaque cas au système de Surveillance internationale circumpolaire dans les régions nordiques participantes.

Déclaration active rehaussée de chaque cas par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT).

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de l'infection invasive (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Streptococcus pneumoniae* d'un site normalement stérile (à l'exclusion de l'oreille moyenne et de la cavité pleurale)

OU

- mise en évidence de l'ADN de *S. pneumoniae* d'un site normalement stérile (à l'exclusion de l'oreille moyenne et de la cavité pleurale)

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de l'infection invasive sans autre cause apparente et résultat de laboratoire positif à une épreuve autre qu'un test de confirmation :

- mise en évidence d'antigènes de *S. pneumoniae* dans un site normalement stérile (à l'exclusion de l'oreille moyenne et de la cavité pleurale)

4.0 Laboratoire — Commentaires

Les expectorations et le liquide de lavage bronchique ne sont pas considérés comme des échantillons stériles.

La mise en évidence de l'ADN ou d'antigènes de *S. pneumoniae* ne permet pas d'identifier le sérotype. Le sérotypage est effectué dans un laboratoire de référence et fournit des renseignements importants qui permettent de suivre les changements dans l'épidémiologie de la maladie, notamment l'effet des programmes de vaccination ainsi que le remplacement des sérotypes.

5.0 Manifestations cliniques

L'infection invasive à pneumocoques se manifeste surtout par une pneumonie avec bactériémie, une bactériémie sans foyer d'infection connu ou une méningite. Une pneumonie sans bactériémie n'est pas une maladie à déclaration obligatoire.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A40.3 Septicémie à *Streptococcus pneumoniae*

B95.3 *Streptococcus pneumoniae*, cause d'une maladie classée ailleurs :

- I30.1 Péricardite infectieuse
- K65.0 Péritonite aiguë
- M00.8 Arthrite et polyarthrite dues à d'autres bactéries précisées

Infection invasive à streptococcoccus pneumoniae (pneumocoque)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

O85 Septicémie puerpérale
P23.6 Pneumonie congénitale due à d'autres agents bactériens
G00.1 Méningite à pneumocoques
J13 Pneumonie à *Streptococcus pneumoniae*
M00.1 Arthrite et polyarthrite à pneumocoques

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

038.2 Septicémie à pneumocoques
041.2 *S. pneumoniae* dans un site non précisé et agent causal d'une maladie classée ailleurs, p. ex. :
420.9 Péricardite infectieuse
711.0 Arthrites à bactéries pyogènes
567.1 Péritonite à pneumocoques
320.1 Méningite à pneumocoques
481 Pneumonie à pneumocoques
711.0 Arthrite et polyarthrite à pneumocoques

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Laboratoire de lutte contre l'infection. *Conférence canadienne de concertation sur la prévention des pneumococcies.* RMTC 1999, 25: 25-35.

10.0 Définitions de cas antérieures

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Influenza confirmée en laboratoire
(incluant les nouvelles souches)
À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Diffusion par le Programme de surveillance et de détection des virus respiratoires (PSDVR) de données hebdomadaires agrégées sur les virus de la grippe détectés en laboratoire.

Déclaration par le PSDVR des renseignements épidémiologiques basés sur les données de laboratoire pour chaque cas.

Déclaration active rehaussée des données agrégées et individuelles par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT).

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la grippe dans un échantillon clinique approprié

OU

- mise en évidence d'antigènes du virus de la grippe dans un échantillon clinique approprié

OU

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps IgG dirigés contre le virus de la grippe dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë

OU

- détection de l'ARN du virus de la grippe

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique appelée syndrome d'allure grippal (SAG) se caractérise par l'apparition subite d'une maladie respiratoire accompagnée de fièvre et de toux et par un ou plusieurs des symptômes suivants :

- mal de gorge
- arthralgies
- myalgies
- prostration pouvant être due au virus de la grippe.

Chez les enfants de moins de 5 ans, des symptômes gastro intestinaux peuvent également être observés. Chez les patients de moins de 5 ans ou de 65 ans et plus, la fièvre peut être discrète. Remarque : La maladie associée à de nouveaux virus de la grippe peut être accompagnée d'autres symptômes.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

J10 Influenza à virus grippal identifié
- J10.0 Influenza avec pneumonie, virus grippal identifié
- J10.1 Influenza avec d'autres manifestations respiratoires, virus grippal identifié
- J10.8 Influenza avec d'autres manifestations, virus grippal identifié

Influenza confirmée en laboratoire
(incluant les nouvelles souches)
À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

487 Influenza
- 487.0 Influenza avec pneumonie
- 487.1 Influenza avec d'autres manifestations respiratoires
- 487.8 Influenza avec d'autres manifestations

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Une déclaration rehaussée à l'OMS de tout cas d'influenza humaine causé par un nouveau virus de la grippe ou survenu dans le cadre d'une urgence de santé publique est requise en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

8.0 Commentaires

En plus des symptômes du SAG mentionnés ci dessus, un SAG sévère peut également comprendre des complications comme la pneumonie, un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA), une encéphalite ou d'autres complications graves et potentiellement mortelles.

9.0 Références

10.0 Définitions de cas antérieures

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Légionellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1986

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Legionella* sp. ou détection d'antigènes dans des sécrétions respiratoires, le tissu pulmonaire, le liquide pleural ou d'autres liquides normalement stériles

OU

- augmentation importante (p. ex. par un facteur de quatre ou plus) du titre d'anticorps IgG dirigés contre *Legionella* sp. dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë

OU

- titre des IgG > 1:128 contre *Legionella* sp.

OU

- mise en évidence d'antigènes de *L. pneumophila* dans l'urine (voir la section 4.0)

3.2 Cas probable

Maladie clinique et mise en évidence de l'ADN de *Legionella* sp.

4.0 Laboratoire — Commentaires

Les provinces et territoires devraient utiliser un test validé de détection d'antigènes, et les résultats du test doivent être interprétés conformément aux instructions du fabricant.

La plupart des laboratoires ont recours à la culture avec confirmation par analyses biochimiques, en association avec le test de détection d'antigènes. Un nombre limité de laboratoires participent actuellement au programme de vérification de la compétence du College of American Pathologists (CAP) et au Clinical Microbiology Proficiency Testing (CMPT).

Pour le moment, très peu de laboratoires utilisent des tests de détection des TANs. Un programme de vérification de la compétence pour le TAN est indiqué.

5.0 Manifestations cliniques

La légionellose comprend deux maladies distinctes : la maladie du Légionnaire, qui se caractérise par de la fièvre, des myalgies, une toux et une pneumonie; et la fièvre de Pontiac, une forme moins grave de la maladie sans pneumonie.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A48.1 Maladie du Légionnaire
A48.2 Fièvre de Pontiac

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

482.8 Maladie du Légionnaire

Légionellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1986

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration obligatoire en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005) si la maladie constitue une urgence de santé publique.

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : Définitions de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Lèpre

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1999

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les cas *confirmés* et les cas *probables* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie et confirmation en laboratoire :

- présence de bacilles acidorésistants ayant une morphologie typique de *Mycobacterium leprae*

OU

- rapport histopathologique d'une biopsie de la peau ou de nerfs compatible avec la lèpre

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

4.0 Laboratoire — Commentaires

La détection de l'ADN de *M. leprae* est considérée comme un diagnostic présomptif.

5.0 Manifestations cliniques

Lèpre tuberculoïde : une ou quelques lésions cutanées bien démarquées, hypopigmentées et anesthésiques, qui continuent souvent à s'étendre et dont le centre pâlit avec le temps; hypertrophie ou épaississement des nerfs périphériques également possibles.

Lèpre lépromateuse : papules et nodules érythémateux ou infiltration au niveau du visage, des mains et des pieds avec des lésions à distribution bilatérale et symétrique qui évoluent vers un épaississement de la peau et une perte de la distribution normale des poils, particulièrement au visage (madarose).

Lèpre borderline : lésions cutanées caractéristiques des formes tuberculoïde et lépromateuse.

Lèpre indéterminée : lésions précoces, qui se présentent habituellement sous la forme de macules hypopigmentées, sans caractéristiques tuberculoïdes ou lépromateuses manifestes.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10 : A30

6.2 Code(s) de la CIM-9 : 030

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Les efforts d'élimination ou d'éradication devraient être signalés.

Déclaration trimestrielle et annuelle des données agrégées à l'OMS.

Lèpre

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1999

8.0 Commentaires

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3): 47.

Centers for Disease Control and Prevention. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance.* MMWR 1997;46(No. RR-10):15.

Organisation mondiale de la santé. Département des maladies transmissibles – Surveillance et action (juin 2000). *Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance*, 2e éd., WHO/CDS/CSR/ISR/99.2. Consulté le 29 mai 2007, à l'adresse : www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_CSR_ISR_92.2_pp.1-100-fre.pdf

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2004

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les cas *confirmés* et *probables* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

ASPC doit être immédiatement avisée si une province ou un territoire enquête un cas probable de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), conformément au Protocole national de surveillance des maladies respiratoires graves (http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/pdf/hc-ri-enhanced-surveillance-pop_f.pdf).

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Une personne présentant :

- des manifestations cliniques précoces du SRAS (fièvre >38° C ET toux ou difficulté à respirer)

ET

- des signes radiologiques d'infiltrats compatibles avec une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire (SDR)

ET

- un résultat de laboratoire* positif pour l'infection à coronavirus associé au SRAS (CoV SRAS) (détection de l'ARN du CoV SRAS OU séroconversion OU isolement du virus)

OU

Une personne décédée ayant présenté :

- des manifestations cliniques précoces du SRAS (fièvre ET toux ou difficulté à respirer ayant résulté en un décès)

ET

- des résultats d'autopsie compatibles avec le SRAS (signes de pneumonie ou de SDR sans autre cause identifiable)

ET

- un résultat de laboratoire* positif pour l'infection à CoV SRAS (détection de l'ARN du CoV SRAS OU séroconversion OU isolement du virus)

3.2 Cas probable

Une personne présentant :

- des manifestations cliniques précoces du SRAS

ET

- des signes radiologiques compatibles avec le SRAS

ET

- un lien épidémiologique avec une personne ou un endroit lié au SRAS, c. à d. :
  - o contact étroit† avec un cas confirmé de SRAS dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes

OU

  - o contact étroit† avec une personne symptomatique qui a obtenu des résultats de laboratoire positifs pour le CoV SRAS dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes

OU

  - o résidence, visite ou voyage récent dans une « région de transmission locale récente du SRAS » au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes

OU

  - o contact étroit (y compris les professionnels de la santé) avec un cas probable qui s'est rendu dans une

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2004

« région de transmission locale récente du SRAS » au cours des 10 jours précédant l'apparition des symptômes

OU

Une personne décédée ayant présenté :

- des manifestations cliniques précoces du SRAS

ET

- des résultats d'autopsie compatibles avec le SRAS

ET

- un lien épidémiologique avec une personne ou un endroit lié au SRAS

OU

Une personne décédée ayant présenté :

- des manifestations cliniques précoces du SRAS

ET

- un résultat de laboratoire* positif pour l'infection par le coronavirus associé au SRAS

4.0 Laboratoire — Commentaires

La confirmation en laboratoire devrait se faire par :

- détection de l'ARN du CoV SRAS dans des échantillons appropriés (sous réserve de la confirmation par le LNM ou un laboratoire désigné)

OU

- détection sérologique du CoV SRAS dans un échantillon en phase de convalescence prélevé > 28 jours après le début de la maladie

OU

- détection d'une séroconversion entre la phase aiguë et la phase de convalescence dans des échantillons de sang prélevés à au moins 4 semaines d'intervalle

5.0 Manifestations cliniques

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

U04 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

U04.9 Syndrome respiratoire aigu sévère, sans précision (SRAS)

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Tout cas de SRAS doit être déclaré en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

8.0 Commentaires

En période d'éclosion, les personnes présentant des modifications radiologiques (qui ne sont pas gravement malades) peuvent obtenir des résultats de laboratoire positifs pour le coronavirus associé au SRAS (CoV SRAS) si elles sont testées dans le contexte d'une éclosion. Ces personnes seront considérées comme des « cas confirmés d'infection à CoV SRAS », bien qu'elles ne répondent pas aux critères cliniques de cas confirmés de « syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ».

† On dit qu'une personne a été en contact étroit si elle a pris soin d'un cas de SRAS, vécu avec lui ou eu des contacts face à face (à moins de 1 mètre) ou eu un contact direct avec des sécrétions respiratoires ou des liquides organiques d'un cas de SRAS.

* Les résultats de laboratoire doivent être vérifiés par un laboratoire provincial de santé publique ou le Laboratoire national de microbiologie.

Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2004

9.0 Références

10.0 Définitions de cas antérieures

Agence de la santé publique du Canada. 2003. *Définitions nationales des cas durant la période d'éclosion du SRAS*. Consulté le 29 mai 2007, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/sars-sras/sarscasedef_fra.html.

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Tuberculose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas* confirmés de la maladie devraient être déclarés.

Que le traitement ait débuté ou non, tous les cas de tuberculose diagnostiqués au Canada faisant partie des groupes suivants devraient être déclarés :

- citoyens canadiens
- résidents permanents
- réfugiés
- demandeurs du statut de réfugié

En ce qui concerne les résidents temporaires (visiteurs, étudiants et détenteurs d'un permis de travail) et les ressortissants étrangers qui sont au Canada illégalement, seuls les cas dont le traitement a débuté au Canada doivent être déclarés. La province ou le territoire où le traitement a été amorcé doit déclarer le cas.

Nouveau cas de tuberculose et cas de retraitement

Nouveau cas

Aucune preuve documentée ni histoire d'antécédents de tuberculose active antérieure

Cas de retraitement*

- Preuve documentée et antécédents adéquats de TB active qui a été déclarée guérie ou dont le traitement est considéré terminé selon les normes actuelles

ET

- Intervalle d'au moins 6 mois depuis le dernier jour du traitement précédent†

ET

- Diagnostic d'un épisode subséquent de TB qui répond à la définition de cas de TB active

OU

- Preuve documentée et antécédents adéquats de TB active qui ne peut être déclarée guérie ou dont le traitement ne peut être considéré terminé selon les normes actuelles

ET

- TB inactive‡ pendant 6 mois ou plus après le dernier jour du traitement précédent†

ET

- Diagnostic d'un épisode subséquent de TB qui répond à la définition de cas de TB active

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Un cas confirmé peut être un :

Cas confirmé en laboratoire

* Au Canada, avant 2008, les cas de retraitement étaient appelés cas de rechute.

† Si moins de 6 mois se sont écoulés depuis le dernier jour du traitement précédent et si le cas n'a pas été déclaré au Canada, on déclarera le cas comme un cas de retraitement. Si moins de 6 mois se sont écoulés depuis le dernier jour du traitement précédent et si le cas a déjà été déclaré au Canada, on ne déclarera pas le cas comme un cas de retraitement. On enverra à la fin du traitement une copie additionnelle du formulaire « Résultat du traitement d'un nouveau cas ou d'un cas de retraitement ».

‡ L'inactivité dans le cas de la tuberculose respiratoire est définie comme la présence de 3 frottis et cultures négatifs pour la TB avec des radiographies pulmonaires en série stables depuis 3 mois ou des radiographies pulmonaires en série stables depuis 6 mois. L'inactivité dans le cas de la tuberculose non respiratoire doit être étayée par des preuves bactériologiques, radiologiques et/ou cliniques, selon le site de la maladie.

Tuberculose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

Cas pour lequel le complexe *Mycobacterium tuberculosis*, plus précisément *M. tuberculosis, M. africanum, M. canetti, M. caprae, M. microti, M. pinnipedii* ou *M. bovis* (sauf la souche BCG de *M. Bovis*), est mis en évidence par culture OU

Cas confirmé en clinique

Si l'on ne possède pas de preuve bactériologique, les cas présentant des signes cliniques compatibles avec une TB active, par exemple :

- les modifications de la radiographie des poumons sont compatibles avec le diagnostic de tuberculose active;
- un diagnostic de tuberculose non respiratoire active (méninges, os, rein, ganglions lymphatiques périphériques, etc.) a été posé;
- un examen anatomopathologique ou une autopsie confirme le diagnostic de tuberculose active;
- une réponse favorable à un essai thérapeutique d'antituberculeux a été obtenue.

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Voir ci dessus.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-9 :

010, 010.0, 010.1, 010.8, 010.9, 011, 011.0-011.9, 012, 012.0-012.3, 012.8, 013, 013.0, 013.1, 013.8, 013.9, 014, 015, 015.0-015.2, 015.7-015.9, 016, 016.0-016.4, 016.9, 017, 017.0-017.8, 018, 018.0, 018.8, 018.9, 137.0-137.4

6.2 Code(s) de la CIM-10 :

A15, A15.0-15.9, A16, A16.0-A16.9, A17.0, A17.1, A17.8, A18.0-A18.8, A19.0, A19.2, A19.8, A19.9

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration rehaussée à l'OMS par les pays membres.

8.0 Commentaires

9.0 Références

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices pour remplir les formulaires de déclaration* 2008. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/reports_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : septembre 2008

Infections nosocomiales et transmises par contact direct

- Diarrhée associée à *Clostridium difficile*
- Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ), forme classique
- Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)
- Infection invasive à streptocoques du groupe B chez le nouveau né

Diarrhée associée à *Clostridium difficile*

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2009

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de la toxine de *C. difficile*

OU

Mise en évidence de pseudomembranes à la sigmoïdoscopie ou à la coloscopie, ou diagnostic histologique/histopathologique d'une infection à *Clostridium difficile*

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une diarrhée ou de la fièvre, des douleurs abdominales ou un iléus.

La diarrhée est définie de l'une ou l'autre des façons suivantes :

- six selles aqueuses au cours des 36 heures précédentes
- trois selles non moulées en 24 heures pendant au moins 1 journée
- huit selles non moulées en 48 heures

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code de la CIM-10

A04.7 Entérocolite à *Clostridium difficile*

6.2 Code de la CIM-9

008.45 Infection intestinale à *C. difficile*

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (trois sous types) et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

La présente section décrit les trois sous types étiologiques de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (MCJ sporadique, MCJ iatrogène et maladies génétiques à prion) et la variante de la MCJ

A Maladie de Creutzfeldt-Jakob sporadique (MCJs)

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Cas certains, probables et possibles

2.0 Type de surveillance

Cas par cas

3.0 Classification du cas

3.1 MCJs certaine

Confirmation par des données neuropathologiques et/ou immunocytochimiques et/ou biochimiques, de l'observation d'une ou plusieurs caractéristiques neuropathologiques (voir l'encadré 1), et sans aucune indication de MCJ iatrogène ou de maladies génétiques humaines à prion (voir les sections B et C).

3.2 MCJs probable

Une investigation courante ne devrait pas évoquer un autre diagnostic

3.2.1 Démence rapidement évolutive + au moins deux caractéristiques de la liste I + II (voir encadré 2)

ou

3.2.2 MCJ possible + liquide céphalorachidien positif pour la protéine 14-3-3 par immunotransfert + durée < 2 ans

Encadré 1

I Encéphalopathie spongiforme dans le cortex cérébral et/ou cérébelleux et/ou dans la matière grise sous corticale

II Encéphalopathie avec immunoréactivité pour la protéine prion (PrP) avec dépôt en plaques et/ou de type synaptique diffus ou de type épars/ périvacuolaire, après examen du tissu soit directement soit avec l'aide d'un transfert capillaire de coupes en paraffine sur un support secondaire (PET blot)

III Présence de fibrilles associées à la tremblante du mouton (SAF) détectées par microscopie électronique

IV Détection de la PrP résistante à la protéase par immunotransfert (Western blot)

Encadré 2

I A Myoclonies
B Troubles visuels ou atteinte cérébelleuse (ataxie)
C Signes pyramidaux ou extrapyramidaux
D Mutisme akinétique

II Électroencéphalogramme typique : complexes périodiques avec ondes abruptes de fréquence d'environ 1 Hz

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (trois sous types) et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

3.3 MCJs possible
Démence rapidement évolutive + deux des caractéristiques de la liste I (voir l'encadré 2) + durée < 2 ans + aucune électroencéphalographie (EEG) ou EEG atypique

4.0 Laboratoire — Commentaires

Voir les sections A.3.1, A3.2, A3.3

5.0 Manifestations cliniques

Voir les sections A.3.1, A3.2, A3.3

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code de la CIM-10
A81.0 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

6.2 Code de la CIM-9
046.1 Maladie de Creutzfeldt Jakob

7.0 Commentaires

S.O.

8.0 Références

Surveillance Case Definitions for Human Prion Diseases. Consulté en septembre 2008, à l'adresse : http://www.cjd.ed.ac.uk/criteria.htm

B MCJ iatrogène (MCJi)

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Cas certains et probables

2.0 Type de surveillance

Cas par cas

3.0 Classification du cas

3.1 MCJi certaine
MCJ certaine (voir les critères diagnostiques à la section A, encadré 1) et facteur de risque reconnu de transmission iatrogène (voir l'encadré 3)

3.2 MCJ probable
Syndrome cérébelleux prédominant évolutif chez un receveur d'hormones hypophysaires humaines prélevées chez un cadavre
ou
MCJ probable (voir les critères diagnostiques à la section A.3.2) avec facteur de risque reconnu de transmission iatrogène (voir l'encadré 3)

4.0 Laboratoire — Commentaires

Voir les sections B.3.1, B3.2, B3.3

5.0 Manifestations cliniques

Voir les sections B.3.1, B3.2, B3.3

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (trois sous types) et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

Encadré 3

Remarque : Lorsqu'on évalue le rôle joué par tout facteur de risque proposé dans l'étiologie de la maladie, on devrait tenir compte du moment de l'exposition présumé par rapport à la date d'apparition de la maladie, en particulier lorsque l'exposition présumée est récente. À noter que cette liste est provisoire, car les risques de transmission iatrogène de maladies à prion par d'autres voies ne sont pas encore bien compris.

I Traitement par l'hormone de croissance hypophysaire prélevée sur un cadavre humain, par la gonadotrophine hypophysaire humaine ou par une greffe de dure mère humaine

II Greffe de cornée dont le donneur a été classé comme un cas de maladie à prion certain ou probable

III Exposition neurochirurgicale à des instruments auparavant utilisés chez un patient classé comme un cas de maladie à prion certain ou probable

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code de la CIM-10

A81.0 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

6.2 Code de la CIM-9

046.1 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

7.0 Commentaires

S.O.

8.0 Références

Surveillance Case Definitions for Human Prion Diseases. Consulté en juillet 2008, à l'adresse : http://www.cjd.ed.ac.uk/criteria.htm

C Maladies génétiques à prion

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Cas certains et probables

2.0 Type de surveillance

Cas par cas

3.0 Classification du cas

3.1 Cas certain de maladie génétique humaine à prion

3.1.1 Maladie à prion certaine (confirmée par des données anatomopathologiques) + maladie à prion certaine ou probable chez un parent du premier degré

ou

3.1.2 Maladie à prion certaine + mutation pathogène du gène de la protéine prion (*PRNP*) (voir l'encadré 4)

* Présence de plaques multicentriques positives pour la PrP dans le cortex cérébral et/ou cérébelleux, avec perte neuronale et spongiose. D'autres plaques amorphes importantes ou des dégénérescences neurofibrillaires positives pour la PrP ont été décrites dans des sous ensembles de cas de SGSS, mais elles sont associées à des mutations moins fréquentes du gène *PRNP* (A117V et F198S). Les plaques florides ou les plaques de kuru ne sont pas considérées comme des critères diagnostiques du SGSS.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (trois sous types) et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

ou

3.1.3 Phénotype neuropathologique typique du syndrome de Gerstmann Sträussler Scheinker (SGSS)*

3.2 Cas probable de maladie génétique à prion

3.2.1 Trouble neuropsychiatrique évolutif + maladie à prion certaine ou probable chez un parent du premier degré

ou

3.2.2 Trouble neuropsychiatrique évolutif + mutation pathogène du gène *PRNP* (voir l'encadré 4)

4.0 Laboratoire — Commentaires

Voir les sections C.3.1, C3.2, C3.3

5.0 Manifestations cliniques

Voir les sections C.3.1, C3.2, C3.3

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code de la CIM-10

A81.0 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

6.2 Code de la CIM-9

046.1 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

7.0 Commentaires

S.O.

8.0 Références

Surveillance Case definitions for Human Prion Diseases. Consulté en juillet 2008, à l'adresse : http://www.cjd.ed.ac.uk/criteria.htm

Encadré 4

I Mutations du gène *PRNP* associées à un phénotype neuropathologique de la MCJ (voir la section A, encadré 1) : P105T; G114V; R148H; D178N; V180I; V180I+M232R; T183A; T188A; T193I; E196K; E200K; V203I; R208H; V210I; E211Q; M232R; insertion de séquences répétées d'octapeptides (de diverses longueurs) et délétion (48 pb)

II Mutations du gène *PRNP* associées à un phénotype neuropathologique du SGSS (voir remarque ci dessus) : P102L; P105L; A117V; G131V; A133V; Y145Stop; H187R; F198S; D202N; Q212P; Q217R; M232T; insertion de séquences répétées d'octapeptides (de diverses longueurs)

III Mutations du gène *PRNP* associées à un phénotype neuropathologique de l'insomnie fatale familiale (IFF) : D178N

IV Mutations du gène *PRNP* associées à d'autres phénotypes neuropathologiques : I138M; G142S; Q160Stop; T188K; T188R; P238S; M232R; insertion de séquences répétées d'octapeptides (de diverses longueurs)

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (trois sous types) et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

D Variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)v

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Cas certains, probables et possibles

2.0 Type de surveillance

Cas par cas

3.0 Classification du cas

3.1 vMCJ certaine

IA (voir l'encadré 5) et confirmation neuropathologique d'après les caractéristiques pathologiquesa* (voir la note en bas de page*, l'encadré 5)

3.2 vMCJ probable

I + 4 ou 5 critères de II + IIIA + IIIB (voir l'encadré 5)
ou
I + IVA

3.3 vMCJ possible

I + 4 ou 5 critères de II + IIIA (voir l'encadré 5)

Encadré 5

I A Trouble neuropsychiatrique évolutif
B Durée > 6 mois
C Investigations courantes n'évoquent pas d'autre diagnostic
D Aucun antécédent d'exposition iatrogène potentielle
E Aucun signe de maladie génétique à prion

II A Symptômes psychiatriques précoces[b]
B Symptômes sensoriels douloureux persistants[c]
C Ataxie
D Myoclonies ou chorée ou dystonie
E Démence

III A EEG qui n'a pas l'aspect typique de la MCJ sporadique[d] dans les premiers stades de la maladie (ou aucune EEG effectuée)
B Signal hyperdense en provenance de la partie postérieure du thalamus noté à l'imagerie par raisonance magnétique (IRM)[e]

IV A Biopsie de l'amygdale positive pour la protéine prion (PrP) à l'examen immunohistochimique[f]

a Modification spongiforme, dépôt disséminé de PrP, plaques florides à travers le cerveau et le cervelet
b Dépression, anxiété, apathie, retrait, délire
c Douleurs franches et/ou dysesthésies
d Complexes triphasiques périodiques généralisés à une fréquence d'environ 1 Hz. Dans de rares cas, ces complexes peuvent apparaître dans les derniers stades de la vMCJ
e Par rapport à l'intensité du signal d'autres noyaux de la matière grise profonde et de la matière grise corticale
f La biopsie d'amygdale n'est pas recommandée de façon systématique, ni dans les cas où l'aspect de l'EEG est typique de la MCJ sporadique, mais elle peut être utile dans les cas suspects où les manifestations cliniques sont compatibles avec une vMCJ et où l'IRM ne met pas en évidence de signal hyperdense en provenance de la partie postérieure du thalamus.

Maladie de Creutzfeldt-Jakob (MCJ) classique (trois sous types) et variante de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (vMCJ)

déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

4.0 Laboratoire — Commentaires

Voir les sections D.3.1, D3.2, D3.3

5.0 Manifestations cliniques

Voir les sections D.3.1, D3.2, D3.3

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code de la CIM-10

A81.0 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

6.2 Code de la CIM-9

046.1 Maladie de Creutzfeldt-Jakob

7.0 Commentaires

S.O.

8.0 Références

Surveillance Case definitions for Human Prion Diseases. Consulté en juillet 2008, à l'adresse : http://www.cjd.ed.ac.uk/criteria.htm

Streptococcie due au streptocoque du groupe B chez le nouveau né

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2006

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique chez un nourrisson de moins de 1 mois et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du streptocoque du groupe B (*Streptococcus agalactiae*) d'un site normalement stérile (tel que le sang ou le liquide céphalorachidien)

OU

- mise en évidence de l'ADN du streptocoque du groupe B d'un site normalement stérile

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez un nourrisson de moins de 1 mois et confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection d'antigènes du streptocoque du groupe B d'un site normalement stérile

4.0 Laboratoire — Commentaires

Les isolats devraient être transmis au centre de référence du Laboratoire national de microbiologie pour une caractérisation plus poussée.

5.0 Manifestations cliniques

Il existe deux formes de maladie clinique : la forme précoce (1 à 7 jours), caractérisée par une septicémie, une détresse respiratoire, une apnée, un état de choc, une pneumonie et une méningite; et la forme tardive (7 jours à 1 mois), caractérisée par une bactériémie, une méningite et d'autres infections focales.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A 40.1; B 95.1

6.2 Codes de la CIM-9

041.02

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RTMC 2000;26(S3):55.

Lachenauer, C.S and Wessels, M.R. Group B Streptococcus. In: Behrman, R.E, Kliegman, R.M., Jenson, H.B. (eds.). *Nelson Textbook of Paediatrics.* 17th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2004; 879-883.

Streptococcie due au streptocoque du groupe B chez le nouveau né

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2006

Zangwill, K.M, Schuchat, A. and Wenger, J.D. *Group B Streptococcal disease in the United States, 1990: report from a multistate active surveillance system.* In: CDC Surveillance Summaries (November 20). MMWR 1992; 41(No. SS-6): 25-32.

Centers for Disease Control and Prevention. *Prevention of Perinatal group B Streptococcal Disease.* MMWR 2002; 51(No. RR-11):1-18.

Money, D.M., Boucher, M. and Crane, J. et al. SOGC Clinical Practice Guidelines. *The prevention of early onset neonatal Group B streptococcal disease.* Journal of Obstetrics and Gynecology Canada 2004; 26(9): 826-832.

Schrag, S.J., Zywicki, S. and Farley, M.M. et al. *Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis.* New England Journal of Medicine 2000; 342:15-20.

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladies évitables par la vaccination systématique

- Paralysie flasque aiguë (PFA)
- Poliomyélite
- Varicelle
- Diphtérie
- Infection invasive due à *Haemophilus influenzae* de sérotypes b (Hib)
- Infection invasive due à *Haemophilus influenzae* de sérotypes non-b
- Hépatite B
- Rougeole
- Oreillons
- Coqueluche
- Rubéole
- Syndrome de rubéole congénitale (SRC)
- Tétanos

Paralysie flasque aiguë

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1996

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas cliniques* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Surveillance syndromique comprenant les points suivants:

1. Déclaration active rehaussée de chaque cas par le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP).

2. Déclaration active rehaussée de chaque cas par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT).

3.0 Classification du cas

3.1 Clinical case

Apparition soudaine d'une faiblesse ou d'une paralysie focale définie comme flasque (réduction du tonus), sans autre cause apparente (p. ex. un traumatisme) chez des enfants âgés de < 15 ans, y compris le syndrome de Guillain-Barré (SGB). Les cas de faiblesse transitoire (p. ex. consécutive à un ictus) ne devraient pas être déclarés.

Remarque : D'autres affections sont associées à des symptômes semblables à ceux de la poliomyélite paralytique. Tous les diagnostics définitifs posés relativement à tous les cas cliniques de PFA correspondant à la définition d'un cas clinique sont consignés dans un registre. Le SGB est la cause la plus fréquente de PFA chez les enfants. Les autres diagnostics différentiels comprennent, entre autres : myélite transverse, neuropathie périphérique, infection due à des entérovirus, méningite aiguë non bactérienne, abcès cérébral, syndrome paralytique chinois et séquelles post poliomyélitiques. La poliomyélite doit être distinguée des autres affections paralytiques par l'isolement du poliovirus dans les selles.

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

6.0 Code(s) de la CIM

Aucun code de la CIM ne s'applique à la PFA, puisque cet état correspond à un ensemble de symptômes cliniques et non à un diagnostic final.

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

On a pour objectif d'éradiquer la poliomyélite. C'est pourquoi il convient d'exercer une surveillance extrêmement sensible de la PFA, comprenant une investigation immédiate des cas et le prélèvement d'échantillons. Les définitions de cas appliquées par le Groupe de travail national sur l'éradication de la poliomyélite sont les définitions de cas normalisées recommandées par l'OMS.

D'autres affections présentent des symptômes semblables à ceux de la poliomyélite paralytique. Le Canada conserve son statut de pays certifié exempt de poliomyélite en documentant

Paralysie flasque aiguë

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1996

toutes les investigations liées à la poliomyélite, indépendamment du diagnostic soupçonné. De plus, les indicateurs de la surveillance mondiale pour l'obtention de la certification comprennent la détection d'au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans. Les données canadiennes sont communiquées régulièrement à l'OMS.

8.0 Commentaires

La définition d'un cas clinique utilisée au Canada est plus spécifique que celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le Comité consultatif technique de l'OMS sur l'éradication de la poliomyélite a établi la définition suivante d'un cas probable : tout cas de paralysie flasque aiguë non liée à un traumatisme grave chez une personne de moins de 15 ans, ou tout cas de maladie paralytique chez une personne de n'importe quel âge chez qui l'on soupçonne une poliomyélite.

9.0 Références

Pan American Health Organization. Norms and standards in epidemiology: guidelines for epidemiological surveillance (malaria, poliomyelitis). *Epidemiologic Bulletin*, Jun 1999;20(2):11-13.

Pan American Health Organization. *Poliomyelitis Eradication Field Guide*. 3rd edition. 2006. Consulté en mai 2008, à l'adresse : www.paho.org/english/ad/fch/im/fieldguide_polio.pdf

The Global Polio Eradication Initiative. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.polioeradication.org/

10.0 Définitions de cas antérieures

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Poliomyélite

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

Tout territoire ou province qui effectue une enquête d'un cas probable de poliomyélite doit en informer immédiatement l'Agence de la santé publique du Canada.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé (voir également la section 3.4, Catégories de cas confirmés)

Maladie clinique (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du poliovirus (souche vaccinale ou virus sauvage) dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection d'ARN du poliovirus

OU

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique sans mise en évidence du poliovirus dans un échantillon clinique approprié et sans preuve d'infection par un autre virus neurotropes, mais avec l'une des confirmations en laboratoire suivantes d'infection :

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps IgG contre le poliovirus dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard

OU

- test sérologique positif pour les anticorps IgM contre le poliovirus, en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène poliomyélitique

3.3 Cas suspect

Maladie clinique sans confirmation en laboratoire de l'infection (pas de détection du poliovirus ni de preuve sérologique), incluant les résultats négatifs aux tests et une investigation inadéquate ou inexistante

3.4 Catégories de cas confirmés

Les cas confirmés de poliomyélite peuvent être classés dans l'une des deux catégories suivantes :

1) Virus sauvage

Les analyses de laboratoire mettent en évidence le virus de type sauvage. Ce groupe est lui-même subdivisé comme suit :

- importés : voyage ou séjour dans une région où la poliomyélite est endémique dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes
- liés à un cas importé : lien épidémiologique avec une personne qui a voyagé ou séjourné dans une région où la poliomyélite est endémique dans les 30 jours précédant l'apparition des symptômes

Poliomyélite

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

- indigènes : aucun voyage ni contact comme ceux qui sont décrits ci-dessus

2) Virus associé au vaccin

Les analyses de laboratoire incriminent le virus utilisé dans le vaccin. Les cas sont ensuite subdivisés comme suit :

- Receveurs : la maladie s'est déclarée entre 7 et 30 jours après l'administration du vaccin anti-poliomyélitique oral (VPO)
- Contacts : le sujet a eu des contacts avec un receveur du VPO et est tombé malade entre 7 et 60 jours après la vaccination de ce dernier
- Contacts possibles : en l'absence de contact direct connu avec un vacciné et d'antécédents de vaccination avec le VPO, la paralysie se déclare dans une région où une campagne de vaccination systématique s'est déroulée entre 7 et 60 jours auparavant
- Aucun contact connu : la paralysie se manifeste chez une personne qui n'a eu aucun contact connu avec un receveur du VPO et qui n'a pas elle-même reçu le VPO, dans une région où il n'y a eu aucune campagne de vaccination systématique ou intensive avec le VPO. Au Canada, cela engloberait l'ensemble des provinces et des territoires.

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par toutes les manifestations suivantes :

- paralysie flasque aiguë touchant au moins un membre
- diminution ou absence des réflexes ostéo-tendineux au niveau des membres touchés
- fonctions sensorielles et cognitives intactes
- absence d'une autre cause apparente (y compris les examens de laboratoire afin d'écarter toute autre cause d'un syndrome analogue)
- présence d'un déficit neurologique 60 jours après l'apparition des premiers symptômes, sauf en cas de décès du patient

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A80 Poliomyélite aiguë

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

045 Poliomyélite aiguë

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

La déclaration de tous les cas de poliomyélite due au poliovirus de type sauvage est obligatoire en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

8.0 Commentaires

La détection et l'investigation de tous les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) sont nécessaires pour exclure une infection par le poliovirus. La surveillance de la PFA permet de confirmer que le Canada est toujours exempt de poliomyélite (se reporter à la section sur la paralysie flasque aiguë).

Poliomyélite

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

On a pour objectif d'éradiquer la poliomyélite à l'échelle mondiale. L'élimination de la transmission du poliovirus sauvage indigène a été certifiée au Canada, et dans le reste de la région des Amériques, en septembre 1994. Toutefois, tant que l'objectif d'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale n'est pas atteint, il existe toujours un risque d'importation de poliovirus sauvages. l'OMS et les partenaires de l'Initiative d'éradication mondiale de la poliomyélite maintiennent un registre des pays touchés par des éclosions et/ou des cas importés de poliomyélite (voir le site de l'Initiative d'éradication mondiale de la poliomyélite (en anglais seulement) à l'adresse : http://www.polioeradication.org/).

9.0 Références

1. Rapport sur l'immunisation au Canada. (1996). *Activités menant à l'élimination de la poliomyélite*. RMTC 1997;23(S4).

2. Pan American Health Organization. *Poliomyelitis Eradication Field Guide*. 3rd edition. Scientific and Technical Publication No. 607. 2006. Consulté en mai 2008, à l'adresse : www.paho.org/english/ad/fch/im/fieldguide_polio.pdf

3. The Global Polio Eradication Initiative. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.polioeradication.org/

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada, mars 1991, 17S3.

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Varicelle

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924-1959, 1986 jusqu'à nos jours

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

Déclaration active rehaussée de chaque cas par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT)

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus varicelle zona (VVZ) ou détection directe d'antigènes du virus dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ADN du VVZ

OU

- séroconversion ou augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre d'anticorps IgG contre le virus varicelle zona dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard

OU

- test sérologique positif pour les anticorps IgM contre le VVZ

OU

Manifestations cliniques de la maladie chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire de varicelle ou d'infection par le VVZ

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie en l'absence de confirmation en laboratoire ou de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

4.0 Laboratoire — Commentaires

Il est possible de distinguer les souches vaccinales et les souches sauvages du VVZ au moyen d'un protocole basé sur le PCR au Laboratoire national de microbiologie.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une éruption cutanée avec une transformation rapide des macules en papules, en vésicules puis en croûtes; tous les stades de manifestation cutanée sont présents en même temps; les lésions sont superficielles et peuvent apparaître par poussées successives.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B01 Varicelle

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

052 Varicelle

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Varicelle

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924-1959, 1986 jusqu'à nos jours

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Guide des services du Laboratoire national de microbiologie. *Virus de la varicelle et du zona : PCR et génotypage (différenciation entre la souche sauvage et la souche vaccinale)*. 2008. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.nml-lnm.gc.ca/guide/guideview-fra.asp?key=15

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada. 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Diphtérie

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 National Reporting

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique (voir la section 5.0) ou manifestations systémiques évocatrices de la diphtérie chez une personne présentant une infection des voies respiratoires supérieures ou un autre site d'infection (p. ex. plaie, peau, etc.), **PLUS** au moins un des critères suivants :

- Confirmation en laboratoire de l'infection :
  - o isolement de *Corynebacterium diphtheriae* avec confirmation de la présence de la toxine dans un échantillon clinique approprié, y compris la membrane exsudative

OU

  - o isolement d'autres espèces toxigènes de *Corynebacterium* (*C. ulcerans* ou *C. pseudotuberculosis*) dans un échantillon clinique approprié, y compris la membrane exsudative

OU

  - o diagnostic histopathologique de la diphtérie

OU

- lien épidémiologique (contact au cours des deux semaines précédant l'apparition des symptômes) avec un cas confirmé en laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique en l'absence de confirmation en laboratoire ou de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

3.3 Suspect case

Infection des voies respiratoires supérieures (pharyngite, laryngite ou amygdalite) avec ou sans membrane adhérente au niveau des fosses nasales, des amygdales, du pharynx et/ou du larynx

4.0 Laboratoire — Commentaires

Pour l'isolement des espèces de *Corynebacterium* capables de produire la toxine diphtérique (*C. diphtheriae, C. ulcerans* ou *C. pseudotuberculosis*), il convient d'utiliser le test ELEK modifié OU le test de détection du gène tox de la diphtérie; si ce gène est détecté, il faut effectuer le test ELEK modifié afin de déterminer si le gène exprime la toxine diphtérique.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une infection des voies respiratoires supérieures (rhino-pharyngite, laryngite ou amygdalite) avec ou sans membrane et au moins une des manifestations suivantes :

- stridor de plus en plus marqué
- atteinte cardiaque (myocardite) et/ou neurologique (paralysie motrice et/ou
- décès sans cause connue

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A36 Diphtérie

Diphtérie

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

032 Diphtérie

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale –

S.O.

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable et de cas suspect sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

Bien qu'elles soient rares, les autres espèces toxigènes de *Corynebacterium* (*C. ulcerans* ou *C. pseudotuberculosis*) peuvent provoquer une diphtérie clinique. Les cas de maladie clinique compatible, avec isolement d'autres espèces toxigènes de *Corynebacterium* sont à déclaration obligatoire à l'échelle nationale.

Il arrive parfois qu'une maladie systémique importante soit causée par des souches non toxigènes de ces espèces dans certaines populations particulières de patients.

9.0 Références

1. Laboratoire de lutte contre la maladie. *Lignes directrices pour la lutte contre la diphtérie au Canada*. RMTC 1998;24(S3).

2. De Winter, L. M., Bernard, K. A. and Romney, M.G. Human clinical isolates of *Corynebacterium diphtheriae* and *Corynebacterium ulcerans* which do not meet the criteria for notifiable diphtheria in Canada 1999-2003. J. Clin Microbiol 2005;43: 3447-3449

3. Romney, M.G., Roscoe, D. L., Bernard, K., Lai, S., Efstratiou, A. and Clarke, A.M. Emergence of an invasive clone of non-toxigenic *Corynebacterium diphtheriae* in Vancouver's urban poor. J. Clin. Microbiol 2006;44: 1625-1629

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991, 17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype b

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1979

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les cas confirmés de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

Déclaration rehaussée de chaque cas au système de Surveillance internationale circumpolaire dans les régions nordiques participantes.

Déclaration active rehaussée de chaque cas par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT).

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie invasive (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement d'*H. influenzae* (sérotype b) (Hib) dans un échantillon provenant d'un site normalement stérile

OU

- isolement d'*H. influenzae* (sérotype b) au niveau de l'épiglotte d'une personne atteinte d'épiglottite

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie invasive avec résultats de laboratoire indiquant une infection :

- mise en évidence d'antigènes d'*H. influenzae* de type b dans le liquide céphalorachidien

OU

- mise en évidence de l'ADN d'*H. influenzae* dans un échantillon provenant d'un site normalement stérile

OU

Cellulite buccale ou épiglottite chez un enfant âgé de < 5 ans chez lequel on n'a isolé aucun autre microorganisme responsable

4.0 Laboratoire — Commentaires

Lorsque l'ADN d'*H. influenzae* est détecté, le cas est jugé « probable » et non « confirmé », parce que Hib peut être présent sans être pathogène; il est donc possible, selon le site de prélèvement, qu'il NE SOIT PAS le véritable agent pathogène. De plus, la mise en évidence d'ADN d'*H. influenzae* dans un échantillon provenant d'un site stérile N'INDIQUE PAS qu'il s'agit du type b, puisque le test ne permet pas de distinguer les divers sérotypes.

5.0 Manifestations cliniques

Parmi les manifestations cliniques de l'infection invasive à *H. influenzae* figurent la méningite, la bactériémie, l'épiglottite, la pneumonie, la péricardite, l'arthrite septique et l'empyème.

6.0 Code(s) de la CIM

Remarque : Les codes de la CIM ne distinguent pas le sérotype b des sérotypes non b.

6.1 Code(s) de la CIM-10

A41.3 Septicémie à *Haemophilus influenzae*

Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype b

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1979

A49.2 Infection à *H. influenzae*, site non précisé
B96.3 *H. influenzae* comme cause de maladie classée ailleurs
G00.0 Méningite à *Haemophilus influenzae*
J05.1 Épiglottite aiguë
J14 Pneumonie à *Haemophilus influenzae*
P23.6 Pneumonie congénitale à *Haemophilus influenzae*

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

038.41 Septicémie à *Haemophilus influenzae*
041.5 Infection à *H. influenzae* avec maladies classées ailleurs et site non précisé
320.0 Méningite à *Haemophilus influenzae*
464.3 Épiglottite aiguë
482.2 Pneumonie à *Haemophilus influenzae*

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

Entre 1979 et 1985, seule la méningite à *H. influenzae* de type b (Hib) était à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Depuis 1986, toutes les formes invasives de maladie à *H. influenzae* de type b sont à déclaration obligatoire à l'échelle nationale. Les programmes actuels de vaccination protègent uniquement contre Hib.

Malgré leur rareté, un nombre croissant de sérotypes non b d'*H. influenzae* provoquent des maladies invasives au Canada. Les cas de maladie clinique compatible avec isolement de sérotypes non b d'*H. influenzae* sont à déclaration obligatoire à l'échelle nationale (se reporter à la section Infection invasive à *Haemophilus influenzae* sérotype non b).

9.0 Références

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype non-b*,

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2007

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

Déclaration rehaussée de chaque cas au système de Surveillance internationale circumpolaire dans les régions nordiques participantes

Déclaration active rehaussée de chaque cas par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT)

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie invasive (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement d'*H. influenzae* (sérotypes a, c, d, e, f, et isolats indifférenciés et non typables) dans un échantillon provenant d'un site normalement stérile

OU

- isolement d'*H. influenzae* (sérotypes a, c, d, e, f, et isolats indifférenciés et non typables) au niveau de l'épiglotte d'une personne atteinte d'épiglottite

* Comprend les sérotypes a, c, d, e, f, et les isolats indifférenciés et non typables

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Parmi les manifestations cliniques de la maladie invasive due à *H. influenzae* figurent la méningite, la bactériémie, l'épiglottite, la pneumonie, la péricardite, l'arthrite septique et l'empyème.

6.0 Code(s) de la CIM

Remarque : Les codes de la CIM ne distinguent par le sérotype b des sérotypes non b.

6.1 Code(s) de la CIM-10

A41.3	Septicémie à *Haemophilusinfluenzae*
A49.2	Infection à *H. influenzae*, site non précisé
B96.3	*H. influenzae* comme cause de maladies classées ailleurs
G00.0	Méningite à *Haemophilus influenzae*
J05.1	Épiglottite aiguë
J14	Pneumonie à *Haemophilus influenzae*
P23.6	Pneumonie congénitale à *Haemophilus influenzae*

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

038.41	Septicémie à *Haemophilus influenzae*
041.5	Infection à *H. influenzae* avec maladies classées ailleurs et site non précisé
320.0	Méningite à *Haemophilus influenzae*
464.3	Épiglottite aiguë
482.2	Pneumonie à *Haemophilus influenzae*

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype non-b*,

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2007

8.0 Commentaires

Se reporter à la section Infection invasive à *Haemophilus influenzae* de sérotype b.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Hépatite B

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1969

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les cas suivants de la maladie devraient être déclarés :

- Cas aigu confirmé
- Les cas d'hépatite B chronique n'étant pas à déclaration obligatoire dans toutes les provinces et tous les territoires, dans la mesure du possible, les infections chroniques et non précisées devraient être déclarées à l'échelle nationale.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas aigu

3.1.1 Cas confirmé

- Mise en évidence de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) et d'anticorps de type IgM dirigés contre l'antigène de la capside nucléide du virus de l'hépatite B (IgM anti-HBc) et antécédents cliniques compatibles ou exposition probable

OU

- Disparition de l'AgHBs au cours des 6 derniers mois chez un cas positif documenté pour l'AgHBs et antécédents cliniques compatibles ou exposition probable

3.1.2 Cas probable

Maladie clinique aiguë chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé

3.2 Porteur chronique

3.2.1 Cas confirmé

- Détection de l'AgHBs pendant plus de 6 mois

OU

- Détection de l'AgHBs en l'absence documentée d'IgM anti-HBc

OU

- Détection de l'ADN du VHB pendant plus de 6 mois

3.3 Non précisé

3.3.1 Cas confirmé

- Cas ne répond pas aux critères des sections 3.1 et 3.2 ci dessus

ET

- Détection de l'AgHBs

OU

- Détection de l'ADN du VHB

4.0 Laboratoire — Commentaires

L'infection occulte par le VHB se caractérise par la détection d'ADN du VHB et la présence d'anti-HBc seulement ou d'anti-HBc et d'anti HBs, en l'absence d'AgHBs.

Une caractérisation plus poussée de l'isolat est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique aiguë se manifeste par l'apparition discrète des symptômes et un ictère ou des taux élevés de transaminases sériques. Les infections chroniques peuvent présenter des poussées de la maladie se manifestant par des signes et symptômes similaires.

Hépatite B

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1969

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B16 Hépatite aiguë B
B16.0 Hépatite aiguë B avec agent delta, avec coma hépatique
B16.1 Hépatite aiguë B avec agent delta, sans coma hépatique
B16.2 Hépatite aiguë B avec agent delta, avec coma hépatiquea
B16.9 Hépatite aiguë B, sans agent delta et sans coma hépatique
Hépatite B (aiguë) (virale) SAI
B18.0 Hépatite virale chronique B avec agent delta
B18.1 Hépatite virale chronique B sans agent delta

6.2 Codes de la CIM-9

070.30 Hépatite B (aiguë)
070.20 Hépatite B (aiguë) avec coma hépatique
070.21/31 Hépatite B (aiguë) et infection avec l'hépatite D (delta)
V02.61 Hépatite B (porteur chronique)
070.32 Hépatite B (chronique)
070.22 Hépatite B (chronique) avec coma hépatique
070.23 Hépatite B (chronique) et infection avec l'hépatite D (delta)

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Aucune

8.0 Commentaires

9.0 Références

Agence de la santé publique du Canada. *Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale 2008*. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Rougeole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration hebdomadaire active de chaque cas (y compris la déclaration de « zéro cas ») par les ministères de la santé provinciaux et territoriaux au Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole (SCSRR).

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection en absence d'immunisation récente (voir la section 5.0) avec un vaccin contenant l'antigène rougeoleux

- isolement du virus de la rougeole dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ARN du virus de la rougeole

OU

- séroconversion ou augmentation marquée (par un facteur d'au moins quatre) du titre des anticorps IgG dirigés contre le virus de la rougeole dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard

OU

- sérologie positive pour l'anticorps IgM dirigé contre le virus de la rougeole à l'aide d'une méthode recommandée (voir la section 4.0) chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole

OU

Maladie clinique (voir la section 5.0) chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique

- en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées

OU

- en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées

OU

- chez une personne qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rougeole

4.0 Laboratoire — Commentaires

Le test sérologique de détection des anticorps IgM peut donner lieu à des résultats faussement positifs. Si le tableau clinique n'évoque pas un diagnostic de rougeole, ou en l'absence d'antécédents récents de voyage ou d'exposition, les résultats du test de détection des anticorps IgM doivent être confirmés au moyen des autres méthodes de confirmation mentionnées.

Chez la plupart des cas aigus de rougeole, les anticorps IgM apparaissent 3 jours après le début de l'éruption. Par conséquent, lorsqu'un échantillon de sérum prélevé chez un cas suspect ≤ 3 jours après le début de l'éruption a donné des résultats négatifs pour les anticorps IgM, on devrait obtenir un deuxième échantillon de sérum > 3 jours après le début de l'éruption pour y rechercher de nouveau les anticorps IgM.

Rougeole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

Une caractérisation plus poussée de la souche est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

Le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) occasionne le plus souvent un malaise et de la fièvre (accompagnés ou non d'une éruption cutanée) qui surviennent entre 7 et 12 jours suivant l'administration. Toutefois, chaque cas doit être examiné individuellement, car ces réactions et le délai d'apparition peuvent varier (*Guide canadien d'immunisation*, 7e édition).

La maladie clinique est caractérisée par toutes les manifestations suivantes :

- fièvre égale ou supérieure à 38,3 °C
- toux, coryza ou conjonctivite
- éruption maculopapulaire généralisée durant au moins 3 jours

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B05 Rougeole

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

055 Rougeole

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration hebdomadaire des cas confirmés à l'Organisation panaméricaine de la santé, conformément à l'objectif de 1994 d'élimination de la rougeole dans l'hémisphère occidental.

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

Les définitions nosologiques de rougeole figurant dans le présent document sont fournies à des fins de surveillance systématique. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les aspects qui concernent les laboratoires et sur le rôle de ces derniers et des services de santé publique relativement aux cas sporadiques et aux éclosions, les lecteurs sont priés de consulter le document intitulé Surveillance de la rougeole : lignes directrices pour le soutien des laboratoires (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/98vol24/rm2405fa.html).

La surveillance hebdomadaire active a débuté en 1998. Tous les cas sont examinés par la Division de l'immunisation et des infections respiratoires (Agence de la santé publique du Canada) à des fins de classification avant d'être enregistrés dans la base de données nationale.

9.0 Références

Surveillance de la rougeole : lignes directrices pour le soutien des laboratoires. RMTC 1999;25(24).

Pan American Health Organization. *Measles Elimination Field Guide*. 2nd edition. Scientific and Technical Publication No. 605. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.paho.org/english/ad/fch/im/fieldguide_measles.pdf

Rougeole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Oreillons

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924-1959, 1986 jusqu'à nos jours

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales.

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection en l'absence d'une immunisation récente (voir la section 5.0) avec un vaccin contenant l'antigène ourlien :

- isolement du virus des oreillons dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ARN du virus des oreillons

OU

- séroconversion ou augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps IgG dirigés contre le virus ourlien dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard

OU

- test sérologique positif pour les anticorps IgM dirigés contre le virus ourlien (voir la section 4.0) chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas d'oreillons

OU

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique

- en l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées

OU

- en l'absence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

4.0 Laboratoire — Commentaires

Le test sérologique de détection des anticorps IgM peut donner lieu à des résultats faussement positifs. Si le tableau clinique n'évoque pas un diagnostic d'oreillon, ou en l'absence d'antécédents récents de voyage ou d'exposition, les résultats du test de détection des anticorps IgM doivent être confirmés au moyen des autres méthodes de confirmation mentionnées.

Une caractérisation plus poussée de la souche est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

Le tableau clinique de la maladie se caractérise par l'apparition soudaine d'un œdème délimité, douloureux, unilatéral ou bilatéral des parotides ou autres glandes salivaires, durant > 2 jours, sans autre cause apparente.

Le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) occasionne le plus souvent un

Oreillons

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924-1959, 1986 jusqu'à nos jours

malaise et de la fièvre (accompagnés ou non d'une éruption cutanée) qui surviennent entre 7 et 12 jours suivant l'administration. Toutefois, chaque cas doit être examiné individuellement, car ces réactions et le délai d'apparition peuvent varier (*Guide canadien d'immunisation*, 7e édition).

Il est possible qu'un cas confirmé en laboratoire ne présente pas de manifestation clinique, étant donné que 30 % des cas sont asymptomatiques.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B26 Oreillons

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

072 Oreillons

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

S.O.

8.0 Commentaires

Les définitions nosologiques des oreillons figurant dans le présent document sont fournies à des fins de surveillance systématique. Les lecteurs sont priés de consulter le document intitulé *Lignes directrices pour le diagnostic en laboratoire des oreillons* (2007) pour obtenir plus de renseignements sur le prélèvement, le transport et l'analyse en laboratoire des échantillons de cas suspects d'oreillons et l'interprétation des résultats d'analyses. (http://www.phac-aspc.gc.ca/mumps-oreillons/prof-fra.php)

9.0 Références

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices pour le diagnostic en laboratoire des oreillons* 2007. Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.nml-lnm.gc.ca/guide/docs/Mumps_Lab__guide.pdf

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Coqueluche

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

Déclaration active rehaussée de chaque cas par les hôpitaux pédiatriques de soins tertiaires participant au Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT)

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Bordetella pertussis* dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ADN de *B. pertussis* dans un échantillon clinique approprié **ET** au moins une des manifestations suivantes :
  - o toux durant au moins 2 semaines
  - o toux paroxystique de quelque durée que ce soit
  - o toux avec chant du coq inspiratoire
  - o quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut le cœur, ou associées à une apnée

OU

Lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire **ET** au moins une des manifestations suivantes pour lesquelles il n'y a aucune autre cause connue :

- o toux paroxystique de quelque durée que ce soit
- o toux avec chant du coq inspiratoire
- o quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut le cœur, ou associées à une apnée

3.2 Cas probable

Toux durant au moins 2 semaines en l'absence de tests de laboratoire appropriés et d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire **ET** au moins une des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit
- toux avec chant du coq inspiratoire
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut le cœur, ou associées à une apnée

3.3 Cas suspect

Au moins une des manifestations suivantes sans autre cause connue :

- toux paroxystique de quelque durée que ce soit
- toux avec chant du coq inspiratoire
- quintes de toux se terminant par des vomissements ou des haut le cœur, ou associées à une apnée

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Coqueluche

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A37 Coqueluche

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

033 Coqueluche

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

S.O.

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable et de cas suspect sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

Les résultats des tests de laboratoire doivent être interprétés en prenant en compte le tableau clinique du patient.

La détection de *B. pertussis* par culture présente une sensibilité faible/limitée et une spécificité élevée, ce qui peut entraîner une sous déclaration des cas.

9.0 Références

Santé Canada. *Conférence de concertation sur la coqueluche*. RMTC 2003;29(S3):1-39.

Agence de la santé publique du Canada. *Compte rendu de l'atelier sur la coqueluche du laboratoire national de microbiologie*. RMTC 2006;32(S4):1-22.

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Rubéole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 National Reporting

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration hebdomadaire active de chaque cas (y compris la déclaration de « zéro cas ») par les ministères de la santé provinciaux et territoriaux au Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole (SCSRR)

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection en l'absence d'une immunisation récente (voir la section 5.0) avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux :

- isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ARN du virus rubéoleux

OU

- séroconversion ou augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps IgG dirigés contre le virus rubéoleux dans le sérum en phase de convalescence, par rapport au sérum en phase aiguë, par une épreuve sérologique standard

OU

- sérologie positive pour l'anticorps IgM spécifique de la rubéole à l'aide d'une méthode recommandée (voir la section 4.0) chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rubéole

OU

Maladie clinique (voir la section 5.0) chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique

- en l'absence de tests de laboratoire appropriés

OU

- en l'absence d'un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire

OU

- chez une personne qui a voyagé récemment dans une région où l'on sait qu'il y a des cas de rubéole

4.0 Laboratoire — Commentaires

- Le test sérologique de détection des anticorps IgM peut donner lieu à des résultats faussement positifs. Si le tableau clinique n'évoque pas un diagnostic de rubéole, ou en l'absence d'antécédents récents de voyage ou d'exposition, les résultats du test de détection des anticorps IgM doivent être confirmés au moyen des autres méthodes de confirmation mentionnées. En cas de résultat positif pour les anticorps IgM chez les femmes enceintes, l'épreuve sérologique de mesure de l'avidité des anticorps IgG de la rubéole est recommandée.

- Chez les cas aigus de rubéole, les anticorps IgM apparaissent 5 jours après le début de l'éruption. Par conséquent, lorsqu'un échantillon de sérum prélevé chez un cas suspect < 5 jours après le début de l'éruption a donné des résultats négatifs

Rubéole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

pour les anticorps IgM, on devrait obtenir un deuxième échantillon de sérum > 5 jours après le début de l'éruption pour y rechercher de nouveau les anticorps IgM.

- Une caractérisation plus poussée de la souche est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par une fièvre et une éruption, et au moins une des manifestations suivantes :

- arthralgies/arthrite
- lymphadénopathie
- conjonctivite

Le vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) occasionne le plus souvent un malaise et de la fièvre (accompagnés ou non d'une éruption cutanée) qui surviennent entre 7 et 12 jours suivant l'administration. Toutefois, chaque cas doit être examiné individuellement, car ces réactions et le délai d'apparition peuvent varier. (*Guide canadien d'immunisation*, 7e édition)

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B06 Rubéole

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

056 Rubéole

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration hebdomadaire des cas confirmés à l'Organisation panaméricaine de la santé, conformément à l'objectif de 1994 d'élimination de la rubéole et de la rubéole congénitale dans l'hémisphère occidental.

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

La surveillance hebdomadaire active a débuté en 2006. Tous les cas sont examinés par la Division de l'immunisation et des infections respiratoires (Agence de la santé publique du Canada) à des fins de classification avant d'être enregistrés dans la base de données nationale.

9.0 Références

1. Pan American Health Organization. *Measles Elimination Field Guide*. 2nd edition. Scientific and Technical Publication No. 605. Consulté en mai 2008, à l'adresse : www.paho.org/english/ad/fch/im/fieldguide_measles.pdf

2. Pan American Health Organization. *Elimination of Rubella and Congenital Rubella Syndrome Field Guide*. Scientific and Technical Publication No. 606.

Rubéole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Syndrome de rubéole congénitale/infection rubéoleuse congénitale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1979

1.0 National Reporting

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration hebdomadaire active de chaque cas (y compris déclaration de « zéro cas ») par les ministères de la santé provinciaux et territoriaux au Système canadien de surveillance de la rougeole et de la rubéole (SCSRR).

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

Syndrome de rubéole congénitale (SRC)

3.1 Cas confirmé

Naissance vivante : deux manifestations cliniques compatibles (toute combinaison de manifestations énumérées dans les colonnes A et B du tableau 1) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ARN du virus rubéoleux

OU

- test sérologique positif pour les anticorps IgM en l'absence d'une immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux

OU

- persistance des anticorps IgG dirigés contre le virus de la rubéole plus longtemps que ce qui serait prévisible (environ 6 mois après la naissance) par transfert passif des anticorps maternels ou en l'absence d'une immunisation récente

Enfant mort-né : deux manifestations cliniques compatibles et isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié

3.2 Cas probable

En l'absence d'épreuves de laboratoire appropriées, un cas qui présente au moins :

- deux des manifestations cliniques compatibles énumérées dans la colonne A du tableau 1

OU

- une des manifestations énumérées dans la colonne A du tableau 1 et une de celles qui figurent dans la colonne B du tableau 1

REMARQUE : Les cas suivants *ne peuvent pas* être considérés comme des cas de SRC:

- absence d'anticorps dirigés contre le virus de la rubéole chez le nouveau né

OU

- absence d'anticorps dirigés contre le virus de la rubéole chez la mère

OU

- baisse du titre d'anticorps dirigés contre le virus de la rubéole chez le nouveau-né correspondant à la baisse normale, après la naissance, des anticorps maternels transmis passivement

Infection rubéoleuse congénitale

Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection, en l'absence de manifestions cliniques compatibles :

Syndrome de rubéole congénitale/infection rubéoleuse congénitale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1979

- isolement du virus rubéoleux dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection de l'ARN du virus rubéoleux

OU

- test sérologique positif pour les anticorps IgM dirigés contre le virus de la rubéole en l'absence d'immunisation récente avec un vaccin contenant l'antigène rubéoleux

OU

- persistance des anticorps IgG dirigés contre le virus de la rubéole plus longtemps que ce qui serait prévisible (environ 6 mois après la naissance) par transfert passif des anticorps maternels ou en l'absence d'une immunisation récente

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

5.0 Manifestations cliniques

Se reporter au tableau 1

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B06.0 plus G05.1, B06.9
P35.0 Syndrome de rubéole congénitale

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

056.01 Encéphalomyélite due à la rubéole
771.0 Rubéole congénitale

Tableau 1. Syndrome de rubéole congénitale : manifestations cliniques compatibles

Colonne A	Colonne B
1. Cataractes ou glaucome congénital (l'un ou l'autre ou les deux comptent pour un) 2. Malformation cardiaque congénitale 3. Surdité neurosensorielle 4. Rétinopathie pigmentaire	1. Purpura 2. Hépato splénomégalie 3. Microcéphalie 4. Micro ophtalmie 5. Retard mental 6. Meningo encéphalite 7. Anomalies radiologiques des os 8. Trouble du développement ou d'apparition tardive comme le diabète et la panencéphalite progressive et toute autre affection possiblement causée par le virus rubéoleux

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration hebdomadaire des cas confirmés à l'Organisation panaméricaine de la santé, conformément à l'objectif d'élimination de la rubéole et de la rubéole congénitale dans l'hémisphère occidental.

Syndrome de rubéole congénitale/infection rubéoleuse congénitale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1979

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

La surveillance hebdomadaire active a débuté en 2006. Tous les cas sont examinés par la Division de l'immunisation et des infections respiratoires (Agence de la santé publique du Canada) à des fins de classification avant d'être enregistrés dans la base de données nationale.

9.0 Références

Pan American Health Organization. *Elimination of Rubella and Congenital Rubella Syndrome Field Guide.* Scientific and Technical Publication No. 606.

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3).

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Tétanos

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1957

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie (voir la section 5.0) sans autre cause médicale apparente avec ou sans confirmation en laboratoire de la présence de *Clostridium tetani* ou de sa toxine et avec ou sans antécédents de blessure

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par l'apparition soudaine d'une hypertonie et/ou des contractions musculaires douloureuses (habituellement des muscles de la mâchoire et du cou) et des spasmes musculaires généralisés sans autre cause médicale apparente.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A35 Tétanos

6.2 Code(s) de la CIM-9/CIM-9-MC

037 Tétanos

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Parmi la liste des méthodes de laboratoire pour la confirmation des cas de tétanos, on ne devrait pas envisager la détection de la toxine de *C. tetani*, car cette technique n'est ni disponible ni utilisée.

9.0 Références

10.0 Définitions de cas antérieures

Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie. Rapport hebdomadaire des maladies au Canada 1991;17(S3).

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladies transmises sexuellement et par le sang

- Syndrome d'immunodéficience acquise
- Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- Chlamydiose (infection à *Chlamydia trachomatis*)
- Gonorrhée
- Hépatite C
- Syphilis, toutes catégories

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1982

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

- au moins une des maladies révélatrices spécifiées (se reporter à la section 5.0)

ET

- cas répondant à la définition d'infection à VIH

4.0 Laboratoire — Commentaires

Se reporter aux définitions de cas de l'infection à VIH.

5.0 Manifestations cliniques

Indicator diseases for adult and pediatric cases:

- Cancer du col de l'utérus (invasif)
- Candidose (œsophagienne)*
- Candidose (bronches, trachée ou poumons)
- Coccidioïdomycose (diffuse ou extrapulmonaire)
- Complexe *Mycobacterium avium* ou *M. kansasii* (infection diffuse ou extrapulmonaire)*
- Cryptococcose (extrapulmonaire)
- Cryptosporidiose intestinale chronique (> 1 mois)
- Encéphalopathie liée au VIH (démence)
- *Herpes simplex* : ulcération(s) chronique(s) (> 1 mois) ou bronchite, pneumonite ou œsophagite
- Histoplasmose (diffuse ou extrapulmonaire)
- Infection à cytomégalovirus (ailleurs que dans le foie, la rate ou les ganglions lymphatiques)
- Isosporiase intestinale chronique (> 1 mois)
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive
- Lymphome (primaire du cerveau)
- Lymphome de Burkitt (ou terme équivalent)
- Lymphome immunoblastique (ou terme équivalent)
- *M. tuberculosis* (infection diffuse ou extrapulmonaire)
- *M. tuberculosis* (pulmonaire)*
- *Mycobacterium* appartenant à une autre espèce ou à une espèce non identifiée*
- Pneumonie à *Pneumocystis jirovecii* (auparavant *Pneumocystis carinii*) (PPC)*
- Pneumonie bactérienne (récurrente)*
- Rétinite à cytomégalovirus (avec cécité)*
- Sarcome de Kaposi*
- Septicémie à *Salmonella* (récurrente)
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmose du cerveau*

Maladies révélatrices chez les cas pédiatriques seulement (< 15 ans) :

- Infections bactériennes (multiples ou récurrentes, à l'exclusion de la pneumonie bactérienne récurrente)
- Pneumonie lymphoïde interstitielle et/ou hyperplasie lymphoïde pulmonaire*

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B20-B24

6.2 Codes de la CIM-9

042-044

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1982

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Partage informel des données de manière régulière avec l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

8.0 Commentaires

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000;26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

* Ces affections peuvent faire l'objet d'un diagnostic présomptif; un diagnostic définitif est nécessaire pour les autres affections. Les critères relatifs aux diagnostics présomptifs et aux diagnostics définitifs figurent au verso du formulaire de déclaration des cas d'infection à VIH/de sida.

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1995

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Adultes, adolescents et enfants ≥ 18 mois :

- détection d'anticorps anti VIH et confirmation (p. ex. dosage immunoenzymatique suivi d'une confirmation par épreuve d'immunotransfert (Western blot) ou un autre test de confirmation)

OU

- détection d'acides nucléiques du VIH (p. ex. ADN par PCR ou ARN dans le plasma)

OU

- détection de l'antigène p24 du VIH et confirmation par une épreuve de neutralisation

OU

- isolement du VIH en culture

Enfants < 18 mois (sur deux échantillons distincts prélevés à des moments différents) :

- détection d'acides nucléiques du VIH (p. ex. ADN par PCR ou ARN dans le plasma)

OU

- détection de l'antigène p24 du VIH et confirmation par une épreuve de neutralisationy

OU

- isolement du VIH en culture

4.0 Laboratoire — Commentaires

Chez les enfants âgés de < 18 mois nés d'une mère séropositive pour le VIH, la détection des acides nucléiques doit être effectuée dans les 2 semaines qui suivent la naissance et, si le résultat est négatif, répétée entre l'âge de 1 et 2 mois et entre l'âge de 3 et 4 mois. Tout test positif doit être répété au moyen d'un deuxième échantillon à des fins de confirmation.

Chez les enfants nés d'une mère séropositive pour le VIH et qui ont obtenu un résultat négatif au test de détection des acides nucléiques, on devrait effectuer un test de détection des anticorps à 12 mois et à 18 mois afin de garantir qu'ils ne sont plus porteurs des anticorps transmis par la mère. (Cette façon de procéder ne vise pas à vérifier que l'enfant n'a pas été infecté, mais plutôt à éliminer la possibilité qu'un résultat positif pour les anticorps ne soit interprété de manière erronée.) Le suivi de ces enfants devrait se poursuivre jusqu'à l'obtention d'un résultat négatif au test de détection des anticorps anti VIH.

5.0 Manifestations cliniques

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B20-B24

6.2 Codes de la CIM-9

042-044

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1995

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Partage informel des données de manière régulière avec l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

8.0 Commentaires

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Chlamydiose (infection à *Chlamydia trachomatis*)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1990

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé — Infections génitales

Résultats de laboratoire indiquant une infection dans des échantillons génito urinaires :

- détection de *C. trachomatis* par culture

OU

- détection d'acides nucléiques de *C. trachomatis*

OU

- détection d'antigènes de *C. trachomatis*

3.2 Cas confirmé — Infections extra-génitales

Résultats de laboratoire indiquant une infection dans des échantillons prélevés au niveau du rectum, de la conjonctive, du pharynx et d'autres sièges extra génitaux :

- détection de *C. trachomatis* par culture

OU

- détection d'acides nucléiques de *C. trachomatis*

OU

- détection d'antigènes de *C. trachomatis*

3.3 Cas confirmé — Infections périnatales

Résultats de laboratoire indiquant une infection :

- détection et confirmation de la présence de *C. trachomatis* dans des échantillons rhino-pharyngiens ou dans d'autres échantillons des voies respiratoires d'un nourrisson souffrant de pneumonie au cours des six premiers mois de sa vie :
- détection de *C. trachomatis* par culture

OU

- mise en évidence d'acides nucléiques de *C. trachomatis*

OU

- mise en évidence d'antigènes de *C. trachomatis*

OU

- détection et confirmation de la présence de *C. trachomatis* dans des échantillons prélevés au niveau de la conjonctive chez un nourrisson souffrant de conjonctivite au cours du premier mois de sa vie :
- isolement de *C. trachomatis* par culture

OU

- mise en évidence d'acides nucléiques de *C. trachomatis*

OU

- mise en évidence d'antigènes de *C. trachomatis*

4.0 Laboratoire — Commentaires

La détection des anticorps IgM est indiquée pour le diagnostic de la pneumonie à *C. trachomatis* chez les nourrissons âgés de < 3 mois seulement.

5.0 Manifestations cliniques

Chlamydiose (infection à *Chlamydia trachomatis*)

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1990

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A56

- Non précisé

6.2 Codes de la CIM-9

099.5, 099.41, 099.50, 099.52, 099.53, 099.54, 099.55

- Non précisé

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Aucune

8.0 Commentaires

Les catégories des cas sont mutuellement exclusives.

Les personnes qui présentent simultanément plus d'un site d'infection pourraient appartenir à plus d'une catégorie de cas; on les considérera toutefois comme un seul cas avec plusieurs sites d'infection afin d'éviter de compter le cas en double.

Pour obtenir des renseignements sur la déclaration des cas de lymphogranulomatose vénériennne (LGV) par le biais du Protocole de surveillance rehaussée à l'échelle nationale, veuillez consulter le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/lgv/lgv-rdt-fra.php.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Gonorrhée

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé — Infections génitales

Confirmation en laboratoire de l'infection dans des échantillons génito-urinaires :

- détection de *Neisseria gonorrhoeae* par culture

OU

- détection d'acides nucléiques de *N. gonorrhoeae*

3.2 Cas confirmé — Infections extra génitales

Confirmation en laboratoire de l'infection dans des échantillons prélevés au niveau du pharynx, du rectum, d'une articulation, de la conjonctive, d'un autre site extragénital ou dans un échantillon de sang :

- détection de *N. gonorrhoeae* par culture

OU

- détection d'acides nucléiques de *N. gonorrhoeae*

3.3 Cas confirmé — Infections périnatales

Confirmation en laboratoire de l'infection chez un nouveau-né au cours des quatre premières semaines de vie, aboutissant au diagnostic de conjonctivite, d'abcès du cuir chevelu, de vaginite, de bactériémie, d'arthrite, de méningite ou d'endocardite d'origine gonococcique :

- détection de *N. gonorrhoeae* par culture

OU

- détection d'acides nucléiques de *N. gonorrhoeae*

4.0 Laboratoire — Commentaires

Une caractérisation plus poussée de la souche est indiquée à des fins de recherche épidémiologique, de santé publique et de contrôle.

La détection de diplocoques Gram négatif intracellulaires chez des hommes symptomatiques présentant un écoulement urétral conduit à un diagnostic présomptif de gonorrhée chez les hommes.

5.0 Manifestations cliniques

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A54.0, A54.1, A54.2, A54.5, A54.6 , A54.9

6.2 Codes de la CIM-9

098.11, 098.15, 098.16, 098.31, 098.35, 098.14, 098.34, 098.0, 098.2

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Gonorrhée

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

8.0 Commentaires

Les catégories des cas sont mutuellement exclusives.

Les personnes qui présentent simultanément plus d'un site d'infection pourraient appartenir à plus d'une catégorie de cas; on les considérera toutefois comme un seul cas avec plusieurs sites d'infection afin d'éviter de compter le cas en double.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Hépatite C

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1999

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé, Sans Distinction entre l'Infection Aiguë et l'Infection Chronique

Détection d'anticorps dirigés contre le virus de l'hépatite C (anti-VHC); les tests positifs pour les anticorps anti VHC devraient être confirmés par un second dosage EIA au moyen d'une trousse provenant d'un autre fabricant, par immunotransfert ou par un TAN pour l'ARN du VHC.
OU
Détection de l'ARN du virus de l'hépatite C

4.0 Laboratoire — Commentaires

La recherche des anticorps anti VHC ne devrait pas être effectuée chez le nourrisson âgé de < 18 mois, car les anticorps détectables peuvent être le reflet d'une transmission maternelle passive. Étant donné que la plupart des infections surviennent au moment de l'accouchement, si l'on envisage d'avoir recours à la détection de l'ARN du VHC, il faudrait reporter cette épreuve au-delà de 4 à 12 semaines afin d'éviter les résultats faussement négatifs. Il ne faut pas utiliser le sang du cordon parce qu'il risque d'être contaminé par le sang de la mère.

La fenêtre sérologique du VHC est d'environ 5 à 10 semaines, et l'on estime que 30 % des infections aiguës ne seraient pas diagnostiquées si les anticorps anti VHC étaient les seuls marqueurs de l'infection utilisés pendant cette période. L'ARN du VHC est détectable dans les deux à trois semaines qui suivent l'infection et, en présence d'une maladie clinique, il permet de reconnaître une infection à VHC aiguë, même en l'absence d'anticorps anti VHC.

Si l'on a recours uniquement à la détection de l'ARN du VHC pour confirmer une infection active, il est recommandé de répéter le test.

Pour que l'infection aiguë soit confirmée, il faut établir la séroconversion, c'est à dire chez un patient auparavant séronégatif pour les anticorps anti VHC.

Environ 25 % (variation de 15 % à 45 %) des infections à VHC guériront spontanément. Ces patients seront généralement porteurs d'anticorps anti-VHC, en l'absence d'ARN du VHC détectable (au moyen d'un test ayant une limite de détection inférieure de 10 à 50 UI/ml).

Les personnes immunodéprimées pourraient ne pas développer d'anticorps anti VHC (p. ex. infection à VIH avec un décompte de CD4 < 50). Chez ces personnes, la détection de l'ARN du VHC pourrait s'avérer nécessaire.

Les résultats positifs aux tests de détection des anticorps anti VHC devraient être confirmés par un second EIA au moyen d'une trousse provenant d'un autre fabricant, par immunotransfert ou par un TAN pour l'ARN du VHC.

Hépatite C

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1999

5.0 Clinical Evidence

La maladie clinique aiguë se caractérise par l'apparition discrète des symptômes et un ictère ou des taux élevés de transaminases sériques. Les infections chroniques peuvent présenter des poussées de la maladie se manifestant par des signes et symptômes semblables.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B17.1, B18.2

6.2 Codes de la CIM-9

070.70, 070.71, 070.41, 070.44, 070.51, 070.54

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Aucune

8.0 Commentaires

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : septembre 2008

Syphilis

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé — Syphilis congénitale précoce (durant les 2 premières années de vie)

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *Treponema pallidum* par microscopie à fond noir, immunofluorescence ou par un examen équivalent d'échantillons de sécrétions nasales, de lésions cutanées, du placenta, du cordon ombilical ou de prélèvements réalisés lors de l'autopsie d'un nouveau-né (âgé de quatre semaines ou moins)

OR

- sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) à partir de sang veineux (et non de sang du cordon) chez un nourrisson/enfant ayant des signes cliniques, biologiques ou radiographiques de syphilis congénitale*, dont la mère n'a pas reçu de traitement adéquat documenté

OR

- détection de l'ADN de *T. pallidum* dans un échantillon clinique approprié

3.2 Cas confirmé — Syphilis primaire

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- identification de *T. pallidum* par microscopie sur fond noir, immunofluorescence, détection d'acides nucléiques ou par un examen équivalent d'un prélèvement provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional

OU

- présence d'au moins une lésion typique (chancre) et sérologie tréponémique positive, indépendamment du résultat du test non tréponémique, chez des personnes n'ayant pas d'antécédents de syphilis

OU

- présence d'au moins une lésion typique (chancre) et une augmentation par un facteur de 4 ou plus du titre par rapport aux résultats du dernier test non tréponémique connu chez une personne ayant déjà été traitée pour la syphilis

3.3 Cas confirmé — Syphilis secondaire

Résultats de laboratoire indiquant une infection :

- identification de *T. pallidum* par microscopie sur fond noir, immunofluorescence, détection d'acides nucléiques ou par un examen équivalent des lésions cutanéo-muqueuses ou des condylomes plats et sérologie positive (non tréponémique et tréponémique)

OU

- présence de signes et symptômes typiques de la syphilis secondaire (lésions cutanéo-muqueuses, alopécie, chute des cils et du tiers latéral des sourcils, iritis, adénopathie généralisée, fièvre, malaise ou

* Comprend toute manifestation de syphilis congénitale à l'examen physique (p. ex. hépatosplénomégalie), les signes de syphilis congénitale à la radiographie des os longs, un VDRL positif du LCR avec pléiocytose et protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autre cause.

Syphilis

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

splénomégalie), ET soit une sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) OU une augmentation par un facteur de 4 ou plus du titre par rapport au dernier test non tréponémique réalisé

3.4 Cas confirmé — Syphilis latente précoce (< 1 an après l'infection)

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- patient asymptomatique qui a une sérologie positive (non tréponémique et tréponémique) et qui a satisfait à un des critères suivants au cours des 12 mois précédents :
- sérologie négative
- symptômes évocateurs d'une syphilis primaire ou secondaire
- exposition à un partenaire sexuel atteint de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce

3.5 Cas confirmé — Syphilis latente tardive (> 1 an après l'infection ou de durée inconnue)

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- patient asymptomatique ayant des sérologies tréponémiques systématiquement positives (indépendamment du résultat de la sérologie non tréponémique) qui ne satisfait pas aux critères de la syphilis latente précoce et qui n'a pas déjà été traité pour la syphilis dans le passé

3.6 Cas confirmé — Neurosyphilis

3.6.1 Infectieuse (< 1 an après l'infection)

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- Satisfait aux critères 3.2, 3.3 OU 3.4 ci dessus ET à un des critères suivants :
- VDRL positif dans un liquide céphalorachidien (LCR) non sanglant
- manifestations cliniques de neurosyphilis ET pléiocytose OU protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes connues

3.6.2 Non infectieuse (> 1 an après l'infection)

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- sérologie tréponémique positive (indépendamment du résultat de la sérologie non tréponémique) ET l'un des critères suivants :
- VDRL positif du LCR dans un LCR non sanglant
- signes cliniques de neurosyphilis ET pléiocytose OU protéinorachie sur le LCR en l'absence d'autres causes connues

3.7 Cas confirmé — Syphilis tertiaire autre que la neurosyphilis

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- sérologie tréponémique positive (indépendamment du résultat de l'épreuve non tréponémique) associée aux anomalies tardives cardiovasculaires, osseuses, cutanées et autres qui sont caractéristiques de la maladie, en l'absence d'autres causes connues de ces anomalies (*T. pallidum* est rarement retrouvé dans ces lésions, mais la découverte de celui-ci confirme le diagnostic)

ET

- aucune manifestation clinique ou aucun résultat de laboratoire indiquant une neurosyphilis

4.0 Laboratoire — Commentaires

Le diagnostic de la syphilis doit reposer à la fois sur les antécédents (facteurs de risque épidémiologiques ou exposition), l'examen physique et les tests de laboratoire, car il

Syphilis

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1924

n'existe pas de critère diagnostique idéal qui soit supérieur aux autres.

La microscopie sur fond noir pour la détection de *T. pallidum* n'est pas fiable pour les lésions buccales et rectales, car ces régions peuvent contenir des tréponèmes non pathogènes. Pour ces échantillons, un test de détection de *T. pallidum* par immunofluorescence directe devrait être utilisé.

5.0 Manifestations cliniques

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A50.0, A50.1, A51, A52

6.2 Codes de la CIM-9

097.9, 097.1, 096, 092, 095, 091, 093, 094

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Aucune

8.0 Commentaires

Les catégories de cas sont mutuellement exclusives.

Il faut envisager l'éventualité d'un phénomène de prozone chez les personnes qu'on soupçonne d'être atteintes de syphilis secondaire, mais dont le test non tréponémique est négatif.

Par « phénomène de prozone », on entend un résultat faussement négatif attribuable à des titres excessivement élevés d'anticorps qui entravent la formation adéquate du réseau antigène anticorps nécessaire à la visualisation d'une réaction de floculation positive.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladies à transmission vectorielle et autres zoonoses

- Charbon
- Brucellose
- Paludisme
- Peste
- Rage
- Tularémie
- Infection par le virus du Nil occidental
- Fièvre jaune
- Maladie de Lyme

Charbon

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2002

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les *cas confirmés*, probables et suspects de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Bacillus anthracis* dans un échantillon clinique

OU

- mise en évidence par immunofluorescence de *B. anthracis* dans un échantillon clinique

3.2 Cas probable

Cas suspect chez qui l'ADN de *B. anthracis* a été détecté

3.3 Suspect Case

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas animal confirmé ou suspect ou avec un produit d'origine animale contaminé

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Cutané : La maladie se caractérise par l'apparition de petites papules indolores mais souvent prurigineuses. Les lésions augmentent de taille pour devenir vésiculaires et, en deux jours, s'ulcèrent pour former une escarre noire distinctive, cernée d'un œdème.

Pulmonaire : La maladie clinique se caractérise par 'un syndrome grippal atteignant les voies respiratoires supérieures', qui, en quelques jours, évolue de manière foudroyante, entraînant une dyspnée, une toux, des frissons et une bactériémie importante.

Gastro intestinal : La maladie clinique se caractérise par des douleurs abdominales, de la fièvre et des signes de septicémie.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A22

6.2 Code(s) de la CIM-9

O22

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

9.0 Références

Wilson, R. W. and Sande, M.A. *Current Diagnosis and Treatment of Infectious Diseases*. McGraw-Hill Professional, 2001.

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Brucellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1928

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Brucella* sp. dans un échantillon clinique approprié

OU

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre sérologique à l'épreuve d'agglutination de *Brucella* dans le sérum en phase de convalescence par rapport au sérum en phase aiguë; les deux échantillons doivent être prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle et examinés au même laboratoire

3.2 Cas probable

Maladie clinique chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas animal confirmé

OU

Maladie clinique avec sérologie à l'appui (titre de 1:160 ou plus à l'épreuve d'agglutination de *Brucella* dans au moins un échantillon de sérum obtenu après l'apparition des symptômes)

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La maladie clinique se caractérise par l'apparition soudaine ou insidieuse de fièvre, de sueurs nocturnes, de fatigue excessive, d'anorexie, de perte de poids, de céphalées et d'arthralgies.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A23	Brucellose (comprend : fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne et fièvre ondulante)
A23.0	Brucellose à *Brucella melitensis*
A23.1	Brucellose à *Brucella abortus*
A23.2	Brucellose à *Brucella suis*
A23.3	Brucellose à *Brucella canis*
A23.8	Autres brucelloses
A23.9	Brucellose, sans précision

6.2 Code(s) de la CIM-9

023	Brucellose (comprend : fièvre de Malte, fièvre méditerranéenne et fièvre ondulante)
023.8	Autres brucelloses, infection par plus d'un organisme
023.9	Brucellose, sans précision

Brucellose

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1928

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Paludisme

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1929-1978, 1983

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans manifestations cliniques d'infection :

- mise en évidence de *Plasmodium* sp. dans un frottis sanguin (frottis mince et goutte épaisse)

3.2 Cas probable

Confirmation en laboratoire de l'infection avec ou sans manifestations cliniques d'infection :

- détection d'antigènes de *Plasmodium* sp. dans un échantillon clinique approprié

Il convient de noter que :

- On compte un cas s'il s'agit du premier accès de paludisme observé chez ce sujet au Canada, indépendamment du fait qu'il ait eu ou non des accès antérieurs de paludisme à l'extérieur du pays.
- Un accès subséquent de paludisme chez le même sujet causé par une espèce différente de Plasmodium est compté comme un autre cas.
- Un accès répété dû à la même espèce n'est pas compté comme un nouveau cas à moins que la personne ait voyagé dans une région endémique depuis l'accès antérieur.

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Les signes et symptômes sont variables, cependant, la plupart des patients présentent une fièvre. En plus de la fièvre, les symptômes couramment observés incluent les céphalées, les maux de dos, les frissons, les sueurs, les myalgies, les nausées, les vomissements, la diarrhée et la toux. S'il n'est pas traité, le paludisme peut aboutir au coma, à des convulsions, à l'insuffisance rénale, à l'œdème pulmonaire et au décès.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B50, B51, B52, B53, B54

6.2 Codes de la CIM-9

084

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Les efforts d'élimination ou d'éradication devraient être déclarés.

8.0 Commentaires

Les cas de paludisme sont classés dans les catégories suivantes :

- ***Induit :*** un cas confirmé de paludisme contracté par une transfusion sanguine provenant d'un donneur chez qui la parasitémie a été confirmée.

Paludisme

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1929-1978, 1983

- ***Indigène :*** un cas confirmé de paludisme contracté par une piqûre de moustique au Canada.
- ***Importé :*** un cas confirmé de paludisme contracté à l'extérieur du Canada.
- ***Congénital, confirmé :*** un cas confirmé de paludisme chez un nourrisson âgé de < 3 mois qui n'a pas quitté le Canada depuis sa naissance et pour lequel on a confirmé la présence du parasite chez la mère.
- ***Congénital, probable :*** un cas confirmé de paludisme chez un nourrisson âgé de < 3 mois qui n'a pas quitté le Canada depuis sa naissance, mais pour lequel on n'a pas démontré la présence du parasite chez la mère.

Il convient de noter que l'OMS a adopté une classification différente des cas. Dans les régions où il existe des services de diagnostic en laboratoire, l'OMS classe les cas de paludisme comme suit : paludisme asymptomatique, paludisme non compliqué confirmé, paludisme grave confirmé et décès confirmé des suites du paludisme.

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Centers for Disease Control and Prevention. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*. MMWR 1997; 46 (No. RR-10): 22-23.

Organisation mondiale de la santé. Département des maladies transmissibles – Surveillance et action (juin 2000). *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*, 2e éd., WHO/CDS/CSR/ISR/99.2. Consulté le 29 mai 2007, à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Peste

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1988

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Yersinia pestis* dans les liquides organiques

OU

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps spéficiques contre l'antigène F1 (fraction 1) de Y. pestis mesuré par dosage immunoenzymatique ou du titre à l'épreuve d'inhibition de l'hémagglutination passive

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie et l'un des résultats de laboratoire suivants :

- mise en évidence de titre(s) élevé(s) d'anticorps spécifiques contre l'antigène F1 de *Y. pestis* (sans qu'il y ait une augmentation importante documentée [par un facteur de quatre ou plus]) chez un patient n'ayant jamais été vacciné contre la peste

OU

- mise en évidence de l'antigène F1 de *Y. pestis* par immunofluorescence

OU

- détection d'acides nucléiques de *Y. pestis*

OU

- titre à l'épreuve d'inhibition de l'hémagglutination passive > 1:10 dans un échantillon unique de sérum prélevé chez un patient n'ayant pas d'antécédents de vaccination ou d'infection antérieure

OU

- détection d'anticorps dirigés contre *Y. pestis* par EIA

4.0 Laboratoire — Commentaires

La confirmation sérologique repose sur la mise en évidence d'une augmentation importante (par un facteur d'au moins quatre) du titre des anticorps spécifiques contre l'antigène F1 de *Y. pestis* par EIA ou par l'épreuve d'inhibition de l'hémagglutination passive.

5.0 Manifestations cliniques

La peste se caractérise par une fièvre, des frissons, des céphalées, un malaise, une prostration et une leucocytose, et elle prend une ou plusieurs des principales formes cliniques suivantes :

Peste bubonique : lymphadénopathie régionale
Peste septicémique : septicémie avec ou sans bubons évidents
Peste pulmonaire primaire : résultant de l'inhalation de gouttelettes infectieuses
Peste pulmonaire secondaire : pneumonie résultant de la transmission hématogène chez les cas de peste bubonique ou septicémique
Peste pharyngée : Pharyngite et lymphadénopathie cervicale résultant de l'exposition à de grosses

Peste

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1988

gouttelettes infectieuses ou de l'ingestion de tissus infectés

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A20.2

6.2 Codes de la CIM-9

020.5

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration obligatoire à l'OMS si la maladie constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), selon la définition donnée dans le *Règlement sanitaire international* (2005).

Les efforts d'élimination ou d'éradication devraient être déclarés.

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Centers for Disease Control and Prevention. *Case definitions for infectious conditions under public health surveillance*. MMWR 1997; 46 (No. RR-10):25-6.

Organisation mondiale de la santé. Département des maladies transmissibles – Surveillance et action (juin 2000). *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*. 2e éd., WHO/CDS/CSR/ISR/99.2. Consulté le 29 mai 2007, à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf

Dennis D.T., Gage, K.L., Gratz, N. et al. *Manuel de la peste. Épidémiologie, répartition, surveillance et lutte*, WHO/CDS/CSR/EDC/99.2, Organisation mondiale de la santé, Genève,1999.

Prentice M.B. and Rahalison, L. *Plague*. The Lancet. April 7, 2007; 369:1196-1207.

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Rage

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1927

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie et confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection par immunofluorescence d'antigène viral dans un échantillon clinique approprié (de préférence le cerveau ou les nerfs entourant les follicules pileux sur la nuque)

OU

- isolement (dans une culture cellulaire ou chez un animal de laboratoire) du virus de la rage dans la salive, le liquide céphalorachidien (LCR) ou des tissus du système nerveux

OU

- détection de l'ARN du virus de la rage dans un échantillon clinique approprié

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie et résultats de laboratoire suivants :

- mise en évidence d'un titre d'anticorps neutralisants antirabiques ≥ 5 (neutralisation complète) dans le sérum ou le LCR ou chez une personne non vaccinée

4.0 Laboratoire — Commentaires

Des résultats négatifs ne permettent pas d'exclure l'infection rabique, car le matériel viral pourrait ne pas être détectable (p. ex. infection récente). Le LCR demeure souvent négatif.

La présence d'anticorps neutralisants antirabiques peut indiquer une exposition à l'antigène du virus rabique ou une immunisation passive.

Des résultats sérologiques négatifs ne permettent pas d'exclure une infection rabique, car les taux d'anticorps pourraient être inférieurs au seuil de détection (0,5 U.I.) et la séroconversion est habituellement très tardive.

5.0 Manifestations cliniques

La rage est une encéphalomyélite aiguë qui évolue presque toujours vers le coma ou la mort dans les 10 jours qui suivent les premiers symptômes.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A82	Rage
A82.0	Rage sylvatique
A82.1	Rage urbaine
A82.9	Rage, sans précision

6.2 Codes de la CIM-9

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Rage

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1927

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Tularémie

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2002

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique (voir la section 5.0) et confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement de *Francisella tularensis* dans un échantillon clinique approprié

OU

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps sériques dirigés contre l'antigène de *F. tularensis*

3.2 Cas probable

Maladie clinique et résultats de laboratoire suivants :

- détection de *F. tularensis* dans un échantillon clinique par titrage fluorescent

OU

- détection des acides nucléiques de *F. tularensis*

OU

- titre au test de microagglutination ≥ 1:128 ou titre au test d'agglutination en tube ≥ 1:160 dans un échantillon unique de sérum

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

Le diagnostic clinique est appuyé par des preuves ou des antécédents de morsure par une tique ou par une mouche à chevreuil, d'exposition aux tissus d'un mammifère hôte de Francisella tularensis ou d'exposition à de l'eau potentiellement contaminée.

La maladie clinique peut prendre plusieurs formes distinctes:

Ulcéroglandulaire : ulcération cutanée avec lymphadénopathie régionale
Ulcéroglandulaire : lymphadénopathie régionale sans ulcération; oculoglandulaire – conjonctivite avec lymphadénopathie pré-auriculaire; oropharyngée – stomatite ou pharyngite; ou amygdalite et adénopathie cervicale
Intestinale : douleurs intestinales, vomissements et diarrhée; pulmonaire – maladie pleuro-pulmonaire primaire; typhoïdique – maladie fébrile sans signes ni symptômes précoces de localisation

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A21	Tularémie (comprend : fièvre de la mouche du daim, infection à *Francisella tularensis*, fièvre transmise par le lapin)
A21.0	Tularémie ulcéro-glandulaire
A21.1	Tularémie oculo-glandulaire (Tularémie ophtalmique)
A21.2	Tularémie pulmonaire
A21.3	Tularémie gastro-intestionale (Tularémie abdominale)
A21.7	Tularémie généralisée
A21.8	Autres formes de tularémie
A21.9	Tularémie, sans précision

Tularémie

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2002

6.2 Code(s) de la CIM-9

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

1.0 National Reporting

Les *cas probables* et les *cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

Syndrome neurologique lié au virus du Nil occidental (SNVNO)

3.1 Cas confirmé

Critères cliniques ET au moins un des critères pour les tests diagnostiques de cas confirmés

3.2 Cas probable

Critères cliniques ET au moins un des critères pour les tests diagnostiques de cas probables

3.3 Cas suspect

Critères cliniques en l'absence ou dans l'attente des critères pour les tests diagnostiques ET en l'absence de toute autre cause évidente

Critères cliniques

Antécédents d'exposition dans une région où le virus du Nil occidental (VNO) est actif (voir la section 8)
OU
antécédents d'exposition à un autre mode de transmission (voir la section 8)
ET
apparition de fièvre
ET
apparition récente d'au moins un des états suivants :

- encéphalite (signes aigus d'une défaillance du système nerveux central ou périphérique)

OU

- méningite virale (pléiocytose et manifestations d'infection, p. ex. céphalées, raideur de la nuque)

OU

- paralysie flasque aiguë (p. ex. syndrome de type poliomyélitique ou syndrome de type Guillain-Barré)

OU

- mouvements anormaux (p. ex. tremblements, myoclonie

OU

- parkinsonisme ou syndromes de type parkinsonien (p. ex. rigidité de roue dentée, bradykinésie, instabilité posturale)

OU

- autres syndromes neurologiques

Syndrome non neurologique lié au virus du Nil occidental (SNNVNO)

3.1 Cas confirmé

Critères cliniques ET au moins un des critères pour les tests diagnostiques de cas confirmés

3.2 Cas probable

Critères cliniques ET au moins un des critères pour les tests diagnostiques de cas probables

3.3 Suspect case

Critères cliniques en l'absence ou dans l'attente des critères pour les tests diagnostiques (voir ci-dessous) ET en l'absence de toute autre cause évidente

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

Critères cliniques

Antécédents d'exposition dans une région où le virus du Nil occidental (VNO) est actif
OU
antécédents d'exposition à un autre mode de transmission
ET
au moins deux des signes et symptômes suivants :

- fièvre
- myalgies
- arthralgies
- céphalée
- fatigue
- lymphadénopathie
- éruption maculopapulaire

Infection asymptomatique liée au virus du Nil occidental (IAVNO)

3.1 Cas confirmé

Critères pour les tests diagnostiques de cas confirmés en l'absence de critères cliniques

3.2 Cas probable

Critères pour les tests diagnostiques de cas confirmés (voir ci dessous) en l'absence de critères cliniques

Critères pour les tests diagnostiques de cas confirmés

Il est actuellement recommandé que les provinces et les territoires se servent des critères pour les tests diagnostiques de cas confirmés pour confirmer le cas index (d'acquisition locale) dans leur territoire chaque année; pour les cas subséquents, les provinces et territoires pourraient utiliser les critères pour les tests diagnostiques de cas probables pour déclarer « confirmés » les cas dans leurs régions, **à des fins de surveillance**. Pendant le reste de la saison de transmission du virus, les régions/autorités sanitaires jugeront peut-être bon de mesurer les titres d'anticorps PRN contre le virus du Nil occidental dans un certain nombre de cas, à déterminer par chaque région ou autorité sanitaire, afin d'écarter la possibilité d'une activité parallèle d'autres flavivirus. [Pour plus de renseignements sur les algorithmes relatifs aux tests diagnostiques de l'infection par le virus du Nil occidental, voir la section intitulée Algorithmes pour les tests diagnostiques sur des échantillons, à l'annexe 4 des Directives nationales d'intervention pour contrer le virus du Nil occidental.]

AU MOINS UNE des caractéristiques suivantes :

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps neutralisants dirigés contre le virus du Nil occidental (mise en évidence par un test de séro-neutralisation par réduction des plages [PRN] ou par un autre test de neutralisation) dans des échantillons de sérum appariés prélevés en phase de convalescence par rapport aux échantillons prélevés en phase aiguë ou dans le LCR (voir la section 8)

OR

- isolement du virus du Nil occidental ou mise en évidence de ses séquences génomiques dans, les tissus, le sang, le LCR ou d'autres liquides organiques

OR

- mise en évidence d'antigènes du virus du Nil occidental dans les tissus

OR

- mise en évidence d'anticorps anti flavivirus dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

IgM anti VNO (voir la section 8), confirmée par la détection d'anticorps anti VNO spécifiques à l'aide d'un test PRN (effectué sur un échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence)

OR

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre (IH) des anticorps anti flavivirus dans des échantillons de sérum appariés (en phase de convalescence et en phase aiguë) ou mise en évidence d'une séroconversion à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti VNO (voir la section 8) ET détection d'anticorps anti VNO spécifiques à l'aide d'un test PRN (échantillon prélevé en phase aiguë ou en phase de convalescence)

Critères pour les tests diagnostiques de cas probables (voir la section 8.0 pour les commentaires)

AU MOINS UN des éléments suivants :

- détection d'anticorps anti flavivirus dans un seul échantillon de sérum ou de LCR à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti VNO sans test de confirmation (p. ex. PRN)

OU

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre IH des anticorps anti flavivirus dans des échantillons de sérum appariés (en phase de convalescence et en phase aiguë) ou mise en évidence d'une séroconversion à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgG anti VNO

OU

- titre des anticorps anti VNO > 1:320 à une seule épreuve IH ou élévation du titre mise en évidence à l'aide d'un dosage EIA des anticorps IgM anti VNO, et confirmation par PRN [Remarque : Un test PRN de confirmation, ou une autre épreuve de neutralisation, n'est pas nécessaire dans les régions sanitaires où des cas ont déjà été confirmés au cours de la même année]

OR

- mise en évidence de séquences génomiques spécifiques du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise (EJ) dans le sang, par un test TAN effectué sur le sang des donneurs par les fournisseurs du système du sang au Canada

4.0 Laboratoire — Commentaires

La sensibilité du test d'amplification des acides nucléiques (TAN) est d'environ 50 % lorsqu'on utilise des échantillons de plasma/sérum prélevés moins de huit jours après l'apparition des symptômes. Les personnes infectées par le VNO présentent une faible virémie (en moyenne plusieurs milliers de copies du génome) pendant environ une semaine après l'apparition des symptômes. Le recours au TAN dans des échantillons de sérum/plasma prélevés en phase aiguë peut compléter le dosage des anticorps IgM lorsque les deux tests sont utilisés de manière concomitante dans des échantillons de phase aiguë « précoce » (Tilley *et al.*, 2006).

5.0 Manifestations cliniques

Syndrome neurologique lié au virus du Nil occidental (SNVNO)

- Le syndrome neurologique lié au VNO se caractérise souvent par une faiblesse musculaire accentuée, le plus souvent unilatérale mais parfois bilatérale. L'infection par le VNO doit être envisagée lors du diagnostic différentiel

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

de tous les cas suspects de paralysie flasque aiguë avec ou sans déficit sensoriel. La faiblesse provoquée par le VNO touche généralement au moins un membre (mais parfois un seul). La faiblesse musculaire peut être l'unique symptôme d'une infection par le VNO (en l'absence d'autres signes neurologiques), mais elle peut aussi apparaître en même temps qu'une fièvre, des réflexes anormaux, une méningite ou une encéphalite. La faiblesse apparaît généralement dès les premiers stades de l'infection clinique. Il faut surveiller de près l'état des patients pour déceler l'apparition ou l'aggravation d'une faiblesse et, en particulier, une insuffisance respiratoire aiguë d'origine neuromusculaire, manifestation grave associée à une morbidité et à une mortalité élevée. **Aux fins de la classification du syndrome neurologique lié au virus du Nil occidental, la faiblesse musculaire est caractérisée par des symptômes intenses (semblables à ceux de la poliomyélite), non transitoires et prolongés.** Un électromyogramme (EMG) et une ponction lombaire s'imposent pour différencier la paralysie causée par le VNO d'une polyneuropathie démyélinisante aiguë (p. ex. syndrome de Guillain-Barré). Une pléiocytose lymphocytaire (augmentation du nombre de globules blancs avec prédominance de lymphocytes dans le LCR) est fréquente chez les sujets atteints d'une paralysie flasque aiguë attribuable au VNO, alors que la pléiocytose n'est pas une caractéristique du syndrome de Guillain-Barré. Parmi les autres nouveaux syndromes cliniques identifiés en 2002 figuraient, entre autres, les suivants : myélopathie, rhabdomyolyse (destruction aiguë des cellules des muscles squelettiques), neuropathie périphérique, polyradiculoneuropathie, névrite optique et encéphalomyélite démyélinisante aiguë. Des cas de troubles ophtalmologiques, dont la choriorétinite et l'hyalite, ont également été signalés, de même que des cas de faiblesse faciale. On n'a pas signalé en Amérique du Nord de cas de myocardite, de pancréatite ou d'hépatite fulminante, mais ces maladies ont été observées lors d'épidémies d'infections causées par le virus du Nil occidental en Afrique du Sud. Les cas de méningite « aseptique » non accompagnée d'encéphalite ou de paralysie flasque aiguë qui surviennent en août et en septembre, au moment où le VNO circule, pourraient être attribuables à des entérovirus non poliomyélitiques circulant en même temps. Ce facteur doit être pris en compte lors du diagnostic différentiel. [Sejvar *et al.*, 2003a,b; Burton *et al.*, 2004]

- Une personne atteinte de paralysie flasque aiguë liée au VNO peut présenter ou non une fièvre ou une altération de l'état mental. L'altération de l'état mental peut aller de la confusion au coma, avec ou sans autres signes de dysfonctionnement cérébral (p. ex. paralysie, paralysie des nerfs crâniens, déficits sensoriels, réflexes anormaux, convulsions généralisées et mouvements anormaux). La paralysie flasque aiguë peut aussi s'accompagner d'une insuffisance respiratoire.

Syndrome non neurologique lié au VNO (SNNVNO)

- Il est possible que l'on identifie dans l'avenir d'autres signes et symptômes cliniques qui ne figurent pas dans cette liste, mais qui pourraient s'ajouter aux critères pour les tests diagnostiques chez les cas probables ou les cas confirmés. Par exemple, beaucoup de patients infectés par le

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

VNO au Canada et aux États-Unis en 2003 et en 2004 présentaient des symptômes digestifs.

- La faiblesse musculaire peut être un signe d'infection par le VNO. *Aux fins de la classification du syndrome non neurologique lié au VNO, la faiblesse musculaire ou les myalgies (douleurs musculaires) se caractérisent par des symptômes bénins, passagers et rarement prolongés qui ne sont pas associés à une neuropathie motrice.*

Infection asymptomatique liée au virus du Nil occidental (IAVNO)

- Cette catégorie pourrait comprendre les donneurs de sang asymptomatiques dont le sang est analysé au moyen du test d'amplification des acides nucléiques (TAN) par les fournisseurs du système du sang (c.-à-d. la Société canadienne du sang ou Héma Québec) et dont les résultats sont, par la suite, portés à l'attention des responsables de la santé publique. Le TAN qui sera utilisé au Canada par les fournisseurs du système du sang est conçu pour détecter tous les virus du sérocomplexe de l'encéphalite japonaise (EJ). Ce sérocomplexe comprend le VNO et neuf autres virus, bien que, dans ce groupe, seul le VNO et le virus de l'encéphalite de St-Louis soient actuellement endémiques dans certaines régions de l'Amérique du Nord. Lorsque le test de dépistage effectué sur le sang d'un donneur est positif, les fournisseurs du système du sang au Canada effectuent un TAN supplémentaire qui cible expressément le VNO.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 CODE(S) de la CIM-10

A92.3

6.2 CODE(S) de la CIM-9

066.40, 066.41, 066.42, 066.49

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

- Antécédents d'exposition dans un endroit et à un moment où la transmission du VNO est présente ou pourrait l'être, ou antécédents de voyage dans une région où l'activité du VNO a été confirmée chez des oiseaux, des chevaux, d'autres mammifères, des poulets sentinelles, des moustiques ou des humains.

- Les autres modes de transmission identifiés jusqu'à present incluent les infections contractées : en laboratoire, in utero, par suite d'une transfusion de composants sanguins, par suite d'une greffe d'organe ou de tissu et, possiblement, par le lait maternel.

- Sont maintenant disponibles auprès du CDC et dans le commerce des tests EIA de détection des anticorps IgM/IgG pour le dépistage sérologique de première ligne. Veuillez consulter la monographie du produit incluse dans chaque trousse pour suivre les procédures spécifiques à épreuve et pour l'interprétation des résultats du test.

- Aux premiers stades de l'infection, le système immunitaire produit des anticorps qui se fixent assez faiblement à l'antigène viral (faible avidité). Au fur et à mesure que l'infection évolue, un pourcentage de plus en plus grand des nouveaux anticorps IgG manifeste une plus grande affinité

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

pour l'antigène du virus, d'où une augmentation de l'avidité (Remarque : l'avidité se mesure généralement d'après l'aptitude des anticorps IgG à se dissocier des préparations antigéniques après incubation avec une solution d'urée). Tant qu'on ne détecte pas dans le sérum une forte avidité des anticorps IgG, on peut présumer que l'exposition à l'agent viral est récente. Dans le cas de l'infection par le VNO, on n'a pas déterminé avec précision à quel moment (après l'exposition) les anticorps à forte avidité atteignent des niveaux sériques pouvant être décelés avec exactitude par les épreuves de dosage sérologique (il peut y avoir une grande variation entre les individus). Il est cependant établi que dans plus de 95 % des cas, le sérum prélevé chez des sujets exposés au VNO dans les six à huit mois précédents contient des anticorps IgG qui se lient fortement à l'antigène viral, ce qui se traduit par des cotes d'avidité élevées aussi bien au test d'immunofluorescence indirecte (IFA) qu'au test EIA. **Remarque : Les tests d'avidité ne remplacent pas le test de neutralisation réalisé à des fins de confirmation, car des IgG contre des flavivirus autres que le VNO (p. ex. dengue ou encéphalite de St-Louis) peuvent se fixer aux préparations antigéniques utilisées dans les tests d'avidité.**

- Remarque : Les IgM contre le VNO peuvent persister pendant plus d'un an, et leur mise en évidence dans le sérum d'un patient, particulièrement chez les résidants de régions où la maladie est endémique, ne permet pas de diagnostiquer une infection aiguë par le VNO. La séroconversion (mise en évidence par le titre IH, par le dosage EIA des IgG ou par le PRN) témoigne d'une infection actuelle par le VNO. Par conséquent, il est particulièrement important de prélever des échantillons de sang pendant la phase aiguë de la maladie et la convalescence, pour effectuer des analyses sérologiques; cela permet d'éviter des diagnostics erronés au début de la saison d'activité du VNO (p. ex. en mai ou en juin) et d'identifier les premiers cas dans chaque région. Il faut cependant noter que les cas de séroconversion ne sont pas toujours documentés étant donné le moment du prélèvement des échantillons chez les patients en phase aiguë (les titres pourraient déjà avoir plafonné). Même si les titres observés dans des échantillons de sérum prélevés pendant la phase aiguë et pendant la convalescence sont statiques, il est possible qu'il s'agisse d'une infection récente. Pour pallier cette difficulté, le test d'avidité des IgG (voir la section 8) peut aider à distinguer les infections actuelles des infections passées. La présence simultanée d'IgM et d'IgG de faible avidité dans le sérum d'un patient convalescent est évocatrice d'une maladie virale active. Toutefois, des résultats qui démontrent la présence d'IgM et d'IgG de forte avidité indiquent que l'exposition est survenue au cours de la saison précédente.

- Chez les sujets immunodéprimés, la réponse immunitaire n'est pas toujours assez forte pour qu'on puisse établir un diagnostic sérologique. Dans leur cas, il convient de consulter un microbiologiste médical au sujet des critères pour les tests diagnostiques de l'infection par le VNO.

9.0 Références

1. Tilley, P., Fox, J.D., Jayaraman, G.C. and Preiksaitis, J.K. *Nucleic Acid Test for West Nile Virus RNA in Plasma Enhances Rapid Diagnosis of Acute Infection in Symptomatic Patients.* J Infect Dis 2006;193:1361-1364

Infection par le virus du Nil occidental

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : juin 2003

2. Sejvar, J., Haddad, M.B. and Tierney, B.C. *Neurologic manifestations and outcome of West Nile virus infection.* JAMA 2003a;290: 511-515.

3. Sejvar, J., Bode, A.V. and Marfin, A.A. et al. *West Nile virus-associated flaccid paralysis.* Emerg Infect Dis 2003b;9:788-93.

4. Burton, J.M., Kern, R.J. and Halliday, W. et al. *Neurological manifestations of West Nile virus infection.* Can. J. Neurol. Sci. 2004;31:185-193.

Date de la dernière révision/du dernier examen : septembre 2008

Fièvre jaune

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1988

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Seuls *les cas confirmés* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Maladie clinique avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la fièvre jaune

OU

- détection d'antigènes du virus de la fièvre jaune dans les liquides organiques ou les tissus

OU

- détection d'acides nucléiques du virus de la fièvre jaune dans les liquides organiques ou les tissus

OU

- augmentation importante (par un facteur de quatre ou plus) du titre des anticorps sériques dirigés contre le virus de la fièvre jaune en l'absence d'une vaccination contre la fièvre jaune

OU

- un seul titre élevé des anticorps IgM spécifiques de la fièvre jaune en l'absence d'une vaccination contre la fièvre jaune au cours des deux mois précédents

3.2 Cas probable

Maladie clinique et résultats de laboratoire indiquant une infection :

- un titre élevé stable d'anticorps contre le virus de la fièvre jaune sans aucune autre cause connuee
- les réactions sérologiques croisées avec d'autres flavivirus doivent être exclues, et le patient ne doit pas avoir été vacciné contre la fièvre jaune

4.0 Laboratoire — Commentaires

5.0 Manifestations cliniques

La fièvre jaune est une maladie virale transmise par un moustique. Elle se caractérise par l'apparition soudaine de fièvre et de symptômes diathésiques suivi d'une brève rémission et d'une reprise de la fièvre avec une hépatite, une albuminurie et, dans certains cas, une insuffisance rénale, un état de choc et des hémorragies généralisées.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A95

A95.0 Fièvre jaune sylvatique (fièvre jaune de la jungle)

A95.1 Fièvre jaune urbaine

A95.9 Fièvre jaune, sans précision

6.2 Codes de la CIM-9

060

Fièvre jaune

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 1988

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Les définitions de cas probable sont fournies à titre indicatif pour faciliter la recherche de cas et la gestion de la santé publique et ne doivent pas être utilisées pour la déclaration à l'échelle nationale.

9.0 Références

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladie de Lyme

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2009

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les *cas confirmés* et les *cas probables* de la maladie devraient être déclarés.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Manifestations cliniques de la maladie avec confirmation en laboratoire :

- isolement de *Borrelia burgdorferi* dans un échantillon clinique approprié

OU

- détection d'ADN de *B. burgdorferi* par PCR

OU

Manifestations cliniques de la maladie et antécédents de résidence ou de voyage dans une région endémique* et résultats de laboratoire indiquant une infection :

- test sérologique positif selon les critères de l'approche en deux étapes (épreuve ELISA et d'immunotransfert) (se reporter à la section 4.0)

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie en l'absence de résidence ou de voyage dans une région endémique* et résultats de laboratoire indiquant une infection

- test sérologique positif selon les critères de l'approche en deux étapes (épreuve ELISA et d'immunotransfert) (se reporter à la section 4.0)

OU

Érythème migrant observé par un clinicien en l'absence de résultats de laboratoire indiquant une infection, mais antécédents de résidence ou de voyage dans une région d'endémicité*

4.0 Laboratoire — Commentaires

Les critères relatifs aux tests sérologiques sont décrits dans les lignes directrices du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada. Les résultats sérologiques ne permettent de confirmer le diagnostic que chez les patients présentant un érythème migrant ou des manifestations cliniques objectives de maladie de Lyme disséminée ainsi que des antécédents de résidence ou de voyage dans une région endémique.

5.0 Manifestations cliniques

Les renseignements cliniques présentés ci dessous ne prétendent pas décrire la totalité des signes et des symptômes pouvant servir à poser un diagnostic clinique de maladie de Lyme. Les symptômes de la maladie de Lyme disséminée précoce ou tardive sont décrits dans les lignes directrices en matière de pratique clinique de l'Infectious Diseases Society of America. Les autres symptômes qui sont (ou que l'on croit) associés à la maladie de Lyme (notamment la maladie de Lyme dite « chronique » et les syndromes post maladie de Lyme) ne sont pas jugés suffisamment spécifiques pour servir à la définition des cas à des

* Par région d'endémicité, on entend une localité où la présence d'une population reproductrice des tiques vectrices Ixodes scapularis ou I. pacificus est reconnue et où il a été établi par des méthodes d'analyse moléculaire que ces tiques favorisaient la transmission de *B. burgdorferi*.

Maladie de Lyme

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2009

fins de surveillance, qu'ils soient ou non causés par une infection à *B. burgdorferi*.

Les signes et symptômes suivants constituent les manifestations cliniques objectives de la maladie aux fins de la surveillance de la maladie de Lyme :

Érythème migrant : lésion cutanée érythémateuse expansive, de forme ronde ou ovale, ayant un diamètre supérieur à 5 cm, qui s'étend lentement sur une période de quelques jours à quelques semaines. L'érythème migrant apparaît un ou deux semaines (intervalle : 3 à 30 jours) après l'infection et peut durer jusqu'à huit semaines. Certaines lésions sont uniformément érythémateuses, tandis que d'autres présentent un éclaircissement central ou une forme annulaire distinctive. Aux membres inférieurs, la lésion peut être partiellement purpurique. Les signes d'inflammation aiguë ou chronique ne sont pas prédominants. Habituellement, la douleur, le prurit, l'œdème, la desquamation, l'exsudation ou la formation de croûtes, l'érosion ou l'ulcération sont peu importants, mais une certaine inflammation associée à la morsure de tique elle même peut être présente en plein centre de la lésion. Remarque : Une lésion cutanée érythémateuse présente alors que la tique vectrice est toujours fixée à la peau ou qui apparaît en moins de 48 heures après le retrait de la tique est probablement une réaction d'hypersensibilité à la morsure de tique (c. à d. un processus non infectieux), plutôt qu'un érythème migrant. Les réactions d'hypersensibilité à la morsure de tique ont généralement un diamètre < 5 cm, ont parfois un aspect urticarien et commencent habituellement à s'estomper au bout de 24 à 48 heures.

OU

Lorsqu'aucune autre explication ne peut être trouvée, les manifestations cliniques objectives de la maladie de Lyme disséminée sont les suivantes :

- **Neurologique :** Maladie de Lyme neurologique précoce : atteinte aiguë du système nerveux périphérique, comprenant une radiculopathie, une neuropathie crânienne, et une mononeuropathie multiple (atteinte multifocale de nerfs anatomiquement non reliés), et atteinte du SNC comprenant une méningite lymphocytaire et, rarement, une encéphalomyélite (inflammation du parenchyme cérébral et/ou de la moelle épinière accompagnée d'anomalies focales). La maladie de Lyme neurologique tardive peut se manifester par une encéphalomyélite, une neuropathie périphérique ou une encéphalopathie.

- **Musculosquelettique :** L'arthrite de Lyme est une forme monoarticulaire ou oligoarticulaire d'arthrite qui touche surtout le genou, mais peut aussi toucher d'autres grosses articulations ou l'articulation temporomandibulaire. Un épanchement important et démesuré par rapport à la douleur, est caractéristique. Non traitée, l'arthrite de Lyme est souvent intermittente et évolue par poussées d'inflammation articulaire pouvant durer de quelques semaines à quelques mois. Une inflammation persistante de la même articulation pendant 12 mois et plus constitue un tableau clinique inhabituel.

- **Cardiaque :** L'atteinte cardiaque associée à la maladie de Lyme comprend un bloc auriculo ventriculaire intermittent, souvent au niveau du nœud auriculo-ventriculaire (quoique le siège du bloc soit variable), et elle est parfois associée à une myopéricardite. Une cardite peut survenir aux premiers stades de la maladie.

Maladie de Lyme

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2009

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

A69

A69.2 Maladie de Lyme (Érythème migrateur chronique à *Borrelia burgdorferi*)

6.2 ICD 9 Code(s)

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

8.0 Commentaires

Ces définitions sont fournies à des fins de surveillance et de recherches épidémiologiques seulement et ne constituent pas des définitions de cas cliniques.

9.0 Références

Wormser, G.P., Dattwyler, R.J & Shapiro, E.D. et al. *The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America.* Clin Infect Dis 2006; 43:1089-1134.

Réseau des laboratoires de santé publique du Canada. 2007. *The laboratory diagnosis of Lyme borreliosis: Guidelines from the Canadian Public Health Laboratory Network.* Can J Infect Dis Med Microbiol 2007;18:145-8

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Maladies pouvant être causées par des agents de bioterrorisme

- Variole
- Fièvres hémorragiques virales
  - *Crimée-Congo*
  - *Ebola*
  - *de Lassa*
  - *de Marburg*
  - *de la vallée du Rift*

Variole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Les *cas confirmés, probables* et *suspects* de la maladie devraient être déclarés.

Communiquez immédiatement avec l'Agence de la santé publique du Canada en utilisant la ligne téléphonique d'urgence (24 heures sur 24) au 1-800-545-7661, même s'il s'agit d'un cas suspect.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Confirmation en laboratoire de l'infection :

- isolement du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié (laboratoire de niveau de confinement 3 seulement)

OU

- détection d'acides nucléiques du virus de la variole

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable de variole

OU

Résultats de laboratoire indiquant une infection :

- identification du virus de la variole dans un échantillon clinique approprié par microscopie électronique à coloration négative

3.3 Cas suspect

Manifestations cliniques de la maladie chez une personne n'ayant pas de lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable de variole

OU

Lésion atypique que l'on sait associée au virus de la variole chez une personne ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé en laboratoire ou avec un cas probable

4.0 Laboratoire — Commentaires

Toutes les analyses liées à des cas soupçonnés de variole devraient être effectuées dans des installations de niveau de confinement 4 au LNM.

Communiquez immédiatement avec l'Agence de la santé publique du Canada en utilisant la ligne téléphonique d'urgence (24 heures sur 24) au 1-800-545-7661, même s'il s'agit d'un cas suspect, afin de mettre en œuvre le Plan d'intervention d'urgence (PIU).

5.0 Manifestations cliniques

La variole se caractérise par un prodrome fébrile, accompagné d'une fièvre > 38,3 °C et de symptômes généraux (prostration, céphalées, maux de dos, douleurs abdominales et/ou vomissements), qui durent généralement de un à quatre jours et est suivi par l'apparition d'une éruption caractéristique. L'éruption prend la forme de pustules profondes, fermes et bien circonscrites, qui sont pour la plupart au même stade d'évolution. Les lésions caractéristiques sont ombiliquées. Les lésions prennent d'abord la forme de macules, qui se transforment en papules, en vésicules puis en pustules

Variole

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

en quelques jours. Enfin, des croûtes se forment, qui tomberont quelques semaines après l'apparition de l'éruption. Les premières lésions apparaissent sur la muqueuse buccale et le palais, suivies d'une poussée centrifuge sur le visage, les bras, les jambes, les paumes et la plante des pieds. Les manifestations cliniques atypiques de la variole sont des lésions velvétiques plates qui ne se transforment pas en pustules et des formes plus graves accompagnées de lésions confluentes ou hémorragiques.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

B03

6.2 Codes de la CIM-9

050

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration obligatoire à l'OMS en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

Les efforts d'éradication ou d'élimination devraient être déclarés.

8.0 Commentaires

Il convient de noter que l'Emergency Preparedness and Response au Center for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis donne des définitions de cas légèrement différentes. On peut prendre connaissance des définitions du CDC à l'adresse : http://www.bt.cdc.gov/agent/smallpox/diagnosis/casedefinition.asp

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000, 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index_f.html

Communicable Diseases Network Australia. Interim Surveillance Case Definitions for the Australian National Notifiable Diseases Surveillance System. Version 1.1. 2004: 61. Consulté le 29 mai, à l'adresse : http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/cda_surveil-nndss-dislist.htm#casedefs

Damon I. Orthopoxviruses: Vaccinia (Smallpox Vaccine), Variola (Smallpox), Monkeypox and Cowpox. In: Mandell, G.L., Bennett, J.E. & Dolin, R. eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 6th ed. Vol 2. Philadelphia: Churchill Livingstone. Elsevier, 2006

Organisation mondiale de la santé . Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. Résolution WHA58.3: Révision du *Règlement sanitaire international*. 2005. Consulté le 8 mai 2007, à l'adresse : http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_55-fr.pdf

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008

Fièvre hémorragique virale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

1.0 Déclaration à l'échelle nationale

Cette section contient les définitions nosologiques des fièvres hémorragiques virales, notamment la fièvre hémorragique de Lassa (*Arenaviridae*); la fièvre hémorragique de Crimée Congo et de la vallée du Rift (*Bunyaviridae*); la fièvre hémorragique Ebola et de Marburg (*Filoviridae*).

Les *cas confirmés, probables* et *suspects* de la maladie devraient être déclarés.

Communiquez immédiatement avec l'Agence de la santé publique du Canada en utilisant la ligne téléphonique d'urgence (24 heures sur 24) au 1-800-545-7661, même s'il s'agit d'un cas suspect.

2.0 Type de surveillance

Déclaration systématique de chaque cas aux autorités fédérales

3.0 Classification du cas

3.1 Cas confirmé

Cas suspect ou probable avec confirmation en laboratoire de l'infection :

- détection de l'ARN viral par épreuve d'amplification par la polymérase avec qtranscription inverse (RT PCR) dans un échantillon clinique approprié (p. ex. sang, sérum, tissu)

ET

- mise en évidence d'antigènes viraux dans un échantillon clinique approprié (p. ex. sang, sérum, tissu) par dosage immunoenzymatique (EIA)

OU

L'un des critères ci-dessus **plus** confirmation en laboratoire au moyen d'au moins une des méthodes suivantes :

- mise en évidence d'antigènes viraux dans des tissus (peau, foie ou rate) par une technique immunohistochimique ou d'immunofluorescence
- mise en évidence d'anticorps IgM spécifiques par EIA, par immunofluorescence ou par immunotransfert (Western blot)
- mise en évidence d'une augmentation par un facteur de quatre des anticorps IgG sériques par EIA, par immunofluorescence ou par immunotransfert (Western blot)
- RT PCR sur un gène cible indépendant et/ou un échantillon indépendant ou confirmation par un autre laboratoire de référence

OU

Isolement du virus dans un échantillon clinique approprié (échantillons de sang, de sérum, de tissus, d'urine ou dans des sécrétions pharyngées)

3.2 Cas probable

Manifestations cliniques de la maladie et antécédent de l'une des activités suivantes dans les trois semaines précédant l'apparition de la fièvre:

- voyage dans une région précise d'un pays où une éclosion de fièvre hémorragique virale (FHV) s'est produite récemment
- contact avec un cas suspect, probable ou confirmé
- contact direct avec du sang, des sécrétions, des liquides organiques ou excrétions d'une personne ou d'un animal qui constitue un cas confirmé ou un cas probable de FHV

Fièvre hémorragique virale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

- travaille dans un laboratoire où il y a des animaux et où on manipule des virus des fièvres hémorragiques
- travaille dans un laboratoire où il y a des animaux et où on manipule des virus des fièvres hémorragiques

3.3 Cas suspect

Manifestations cliniques de la maladie

4.0 Laboratoire — Commentaires

Toutes les analyses liées à des cas soupçonnés de FHV devraient être effectuées dans des installations de niveau de confinement 4 (LNM) pour des raisons de sécurité, d'expertise et de vaccination du personnel.

Communiquez immédiatement avec l'Agence de la santé publique du Canada en utilisant la ligne téléphonique d'urgence (24 heures sur 24) au 1-800-545-7661, même s'il s'agit d'un cas suspect, afin de mettre en œuvre le Plan d'intervention d'urgence (PIU).

5.0 Manifestations cliniques

FHV de Crimée Congo : Maladie virale aiguë caractérisée par l'apparition soudaine de fièvre, un malaise, une faiblesse généralisée, une anorexie, une irritabilité, de la confusion, des céphalées et des douleurs aux membres et à l'aine. La fièvre dure généralement de 5 à 12 jours et est suivie d'une longue période de convalescence. Les symptômes aigus sont généralement accompagnés d'une rougeur de la peau, de conjonctives injectées et d'une éruption pétéchiale ou purpurique sur les surfaces muqueuses, le thorax et l'abdomen. Des vomissements, des douleurs abdominales et de la diarrhée sont parfois présents. On observe parfois des saignements des gencives, du nez, des poumons, de l'utérus et du tractus gastro-intestinal. Il y a souvent présence de thrombocytopénie, d'hématurie et de protéinurie ainsi que des signes d'atteinte hépatique. Les cas graves présentent aussi une insuffisance hépatique.

FHV de Lassa : Maladie virale aiguë qui dure de un à quatre semaines. Apparition graduelle des symptômes, notamment : fièvre, céphalées, faiblesse généralisée, malaise, mal de gorge, toux, nausées, vomissements, diarrhée, myalgies et douleurs thoraciques et abdominales. La fièvre peut être persistante ou intermittente. L'inflammation et l'exsudation du pharynx et de la conjonctive sont courantes. De nombreux cas sont bénins ou asymptomatiques. Les cas graves peuvent présenter une hypotension, un choc, un épanchement pleural, des hémorragies, des convulsions, une encéphalopathie et une protéinurie qui mène à un œdème facial et du cou.

FHV Ebola et de Marburg : Maladie virale aiguë grave caractérisée par l'apparition soudaine de fièvre, malaise, myalgies, céphalées, conjonctives injectées, pharyngite, vomissements et une diarrhée parfois sanglante. La maladie est souvent accompagnée d'une éruption maculopapuleuse ou pétéchiale, qui peut évoluer vers un purpura. Environ 50 % des patients présentent des saignements au niveau des gencives, du nez, du tractus gastro intestinal et des sites d'injection. Une déshydratation et une émaciation marquée surviennent à mesure que la maladie évolue. Dans les cas graves, la diathèse hémorragique peut être accompagnée d'une leucopénie; d'une thrombocytopénie; d'une atteinte hépatique, rénale ou du système nerveux central et d'un état de choc accompagné d'une défaillance polyviscérale.

Fièvre hémorragique virale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

FHV de la vallée du Rift : Chez les humains, la fièvre de la vallée du Rift est habituellement associée à une maladie fébrile de courte durée, spontanément résolutive. La plupart des patients présentent une fièvre soudaine, un malaise, des myalgies graves accompagnées de douleurs lombaires, des frissons, des céphalées, une douleur rétro orbitaire, une photophobie et une anorexie. La fièvre dure habituellement quatre jours. Chez une minorité de patients, la fièvre revient deux ou trois jours plus tard, accompagnée d'une réapparition des symptômes, ainsi que d'une rougeur de la face, de nausées, de vomissements et de conjonctives injectées. Dans les cas graves, la maladie est associée à des saignements, un choc, une anurie et un ictère. Une encéphalite et une vasculite rétinienne peuvent également survenir.

6.0 Code(s) de la CIM

6.1 Code(s) de la CIM-10

- FHV de Crimée-Congo : A98.0
- FHV de Lassa : A96.2
- FHV Ebola : A98.4
- FHV de Marburg : A98.3
- FHV de la vallée du Rift : A92.4

6.2 Code(s) de la CIM-9

- FHV de Crimée-Congo : 065.0
- FHV de Lassa : 078.89
- FHV Ebola : 065.8
- FHV de Marburg : 078.8
- FHV de la vallée du Rift : 066.3

7.0 Type de déclaration à l'échelle internationale

Déclaration obligatoire à l'OMS si la maladie constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI), en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005).

8.0 Commentaires

9.0 Références

Définitions de cas des maladies faisant l'objet d'une surveillance nationale. RMTC 2000; 26(S3). Consulté en mai 2008, à l'adresse : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/00vol26/26s3/index.html

Organisation mondiale de la santé. Département des maladies transmissibles – Surveillance et action (juin 2000). *Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance*. 2e éd. WHO/CDS/CSR/ISR/99.2. Consulté le 29 mai 2007, à l'adresse : http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf

Peters, C.J. Marburg and Ebola virus hemorrhagic fevers. In: Mandell, G.L., Bennett, J.E. and Dolin, R. (eds.). *Principles and Practice of Infectious Diseases*. 6th ed. Vol 2. Philadelphia: Churchill Livingstone. Elsevier, 2006.

Watts, D.M., Flic, R., Peters., C. and Shope, R.E. Bunyaviral fevers: Rift Valley Fever and Crimean-Congo Hemorrhagic Fever. In: Guerrant, R.L., Walker, D.H. and Weller, P.F. *Tropical Infectious Diseases. Principles, Pathogens and Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. Elsevier. 2006.

Enria, D., Mills, J.N., Flick, R., et al. Arenavirus infections. In: Guerrant, R.L., Walker, D.H. and Weller, P.F. Tropical Infectious Diseases. *Principles, Pathogens and Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. Elsevier. 2006.

Fièvre hémorragique virale

À déclaration obligatoire à l'échelle nationale depuis : 2000

Peters, C.J. and Zaki, S.R. Overview of viral hemorrhagic fevers. In: Guerrant, R.L., Walker, D.H. and Weller, P.F. *Tropical Infectious Diseases. Principles, Pathogens and Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone. Elsevier. 2006.

Date de la dernière révision/du dernier examen : mai 2008